

ADHD-aikuinen ja arjen haasteet

Liikkanen Outi

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

2016

Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijä	Outi Liikkanen	Vuosi	2016
Ohjaaja(t)	Leena Välimaa		
Toimeksiantaja	Lapin keskussairaalan Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka		
Työn nimi	ADHD-aikuinen ja arjen haasteet		
Sivu- ja liitesivumäärä	46 + 4		

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa neuropsykiatrisesta häiriöstä, jota voidaan hyödyntää neuropsykiatrista hoitotyötä kehittäessä yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla neuropsykiatrista häiriötä sairastavan henkilön kokemuksia omasta häiriöstään, häiriön tuomia haasteita ja niihin saatua hoitoa.

Teoriaosuudessa käsitellään neuropsykiatriaa, neuropsykiatrisia häiriöitä ja niiden syitä ja seurauksia. Teoriaosuuden pohjana ovat aiheeseen liittyvät kirjat ja tutkimukset. Neuropsykiatrisista häiriöistä tarkemmin avataan autismin kirjoa sekä ADHD:ta. ADHD:n vaikutuksia arkielämään kuvataan tarkastelemalla miten ADHD vaikuttaa työelämässä, kotona tai parisuhteessa.

Opinnäytetyö on muodoltaan laadullinen. Tutkimustehtävinä opinnäytetyössä ovat ”Mitä ovat neuropsykiatrisen häiriön tuomat haasteet?” ja ”Miten hoito tukee neuropsykiatrisen häiriön tuomien haasteiden kanssa elämistä?”. Tutkimustehtävien vastaukset rakentuvat sekä teoriaosuudesta, että opinnäytetyötä varten tehdystä haastattelusta, jossa on haastateltu ADHD-oireista aikuista.

Haastattelu toteutettiin yleissairaalapsykiatrian poliklinikan tiloissa Lapin keskussairaalassa ja haastattelumenetelmänä on käytetty puolistrukturoitua teemahaastattelua. Haastattelun teemat ovat parisuhde ja seurustelu, seksuaalisuus, perhe-elämä sekä työelämä.

Haastattelussa kävi ilmi, että kyseisen ADHD-aikuisen arjen haasteet vastasivat pitkälti muissa tutkimuksissa ilmenneitä haasteita. Suurimmaksi ongelmaksi nousivat haasteet parisuhteessa ja perhe-elämässä. Näihin haastateltava oli kokenut saavansa apua esimerkiksi ADHD-lääkityksestä. Lisäksi hän koki saamansa hoidon yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla hyvin tärkeänä ja jopa välttämättömänä arjen tasapainottajana.

Avainsanat Neuropsykiatria, ADHD, autismin kirjo, yleissairaalapsykiatrian poliklinikka

School of social services, health and
sports
Degree programme in nursing

Author	Outi Liikkanen	Year	2016
Supervisor	Leena Välimaa		
Commissioned by	The general hospital psychiatric outpatient clinic of the central hospital of Lapland		
Subject of thesis	ADHD-adult and the difficulties of the daily life		
Number of pages	46 + 4		

The aim of the thesis is to produce information about the neuropsychiatric disorder that can be used when increasing the care of neuropsychiatric patients in the general hospital psychiatric outpatient clinic.

The purpose of the thesis is to describe how the person suffering from the neuropsychiatric disorder experiences the disorder, the difficulties of it and the care that has been given.

The theory part covers neuropsychiatry, neuropsychiatric disorders and the reasons and affects they have. The theory part is based on books and other studies on the matter. Of neuropsychiatric disorders the thesis contains more specific information about autism spectrum and ADHD. ADHD's affects on the daily life are described by studying what are the affects on the working life, home and relationship.

This is a qualitative thesis. The research problems of the thesis are "What are the difficulties brought by the neuropsychiatric disorder?" and "How does the treatment help with the living with the problems brought by the neuropsychiatric disorder?". The answers are based on the theory and an interview made for the thesis. The interview was made for an adult suffering from ADHD.

The interview was organized in the general hospital psychiatric outpatient clinic's room in the central hospital of Lapland and the interviewing method I used was semi-structured themeinterview. The themes of the interview were the relationship and dating, sexuality, the family life and the working life.

The result of the interview showed that the problems that the ADHD-adult in question had were similar to the problems showed in another studies. The challenges were biggest in the relationship and the family life. The person that I interviewed experienced that ADHD-medication was a big help to those problems. In addition the ADHD-adult experienced that the treatment of the general hospital psychiatric outpatient clinic were very important and even essential part of balancing the daily life.

Key words Neuropsychiatry, ADHD, autism spectrum, psychiatric polyclinic

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	7
2 NEUROPSYKIATRIA.....	9
2.1 Kuvaus.....	9
2.2 Neuropsykiatristen häiriöiden syntymekanismi	9
2.3 Neuropsykiatriset häiriöt	10
3 AUTISMIN KIRJO	12
3.1 Autismin kirjon kuvaus ja taustatekijät	12
3.2 Autismin kirjon oireet ja diagnostiikka	13
4 ADHD – AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVAISUUDEN HÄIRIÖ	16
4.1 Mitä on ADHD?	16
4.2 ADHD:n taustatekijät.....	16
4.3 ADHD:n oireet ja diagnosointi.....	18
5 ADHD-AIKUINEN JA ARJEN HAASTEET	20
5.1 Aikuisiän ADHD	20
5.2 ADHD-aikuisen opiskelu ja työelämä	20
5.3 ADHD-aikuisen ihmissuhteet	21
6 ADHD-AIKUISEN HOITO, KUNTOUTUS JA TUKI.....	23
6.1 ADHD-aikuisen hoidon yleiset periaatteet.....	23
6.2 ADHD:n lääkkeettömät hoito- ja kuntoutus- ja tukimuodot.....	24
6.3 ADHD:n lääkehoito	25
6.3.1 Psykostimulantit	26
6.3.2 Atomoksetiini ja muut lääkkeet.....	27
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	29
7.1 Laadullinen tutkimus	29
7.2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät.....	29
7.3 Haastattelumuodon ja tutkimukseen osallistujan valinta	30
7.4 Haastattelun toteutus.....	31
7.5 Aineiston analyysi	32

8 TUTKIMUSTULOKSET	34
8.1 Haastateltavan lähtökohdat	34
8.2 ADHD:n vaikutuksia parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen	36
8.3 ADHD:n tuomia haasteita perhe-elämään	38
8.4 Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan hoidon merkitys	40
9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	41
9.1 Tutkimusetiikka	41
9.2 Opinnäytetyön luotettavuus	42
10POHDINTA	43
LÄHTEET	45
LIITTEET	48

ALKUSANAT

Suuri kiitos opinnäytetyön teossa apuna olleelle yleissairaalapsykiatrian poliklinikan henkilökunnalle.

1 JOHDANTO

Neuropsykiatriset häiriöt on yleisesti mielletty lasten häiriöiksi. Esimerkiksi aikuisten ADHD oli vielä parikymmentä vuotta sitten harvinainen käsite Suomessa. Vasta 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa alkoi hävitä ajatus siitä, että ADHD ”paranee” teini-ikään mennessä. Vasta ADHD- aikuisten ja ADHD-liiton osallistuminen mediaan on alkanut lisätä tietoisuutta häiriöstä, jonka diagnosointi on myöhemmin tuonut suuria helpotuksia monen ADHD-aikuisen elämään. (Michelsson, Miettinen, Saresma & Virtanen. 2003; Virta & Salakari 2012, 40.)

Opinnäytetyön aiheen valinta oli pitkä prosessi, joka päättyi vasta toimeksiantajan kanssa käytyyn keskusteluun. Neuropsykiatriset häiriöt olivat alkaneet kiinnostamaan minua mielenterveys- ja päihdehoitotyönharjoittelun myötä, joten esittelin aiheen toimeksiantajalleni. Hän ehdotti vielä tarkennusta nimenomaan autismikirjon häiriöihin sekä ADHD:seen ja niiden luomiin haasteisiin aikuisen ihmisen elämässä. Autismikirjon häiriöitä sekä ADHD:ta diagnosointi aikuisille on melko uutta ja usein häiriöiden mukanaan tuomat haasteet ovat jo jättäneet jälkensä yksilön elämään. Opinnäytetyössäni aionkin keskittyä nimenomaan yksilön kokemukseen saamastaan hoidosta ja hoitopolusta sekä häiriön luomiin haasteisiin perhe- ja työelämässä.

Minua itseäni kiinnostaa erityisesti ADHD:ta sairastavan yksilön kokemus saamastaan hoidosta ja hoidon vaikutuksista arkielämään. Aihe on jäänyt opintojen aikana hyvin vähäiselle huomiolle vaikka mielenterveyspuolelle suuntautuessani tulen varmasti tarvitsemaan enemmän tietoa ja kokemusta ADHD:sta sekä autismikirjon häiriöistä.

Perehdyn opinnäytetyössäni pääasiassa ADHD:seen, mutta koen tarpeelliseksi esitellä tarkemmin myös autismikirjon häiriöitä, sillä usein ADHD on jonkin autismikirjon häiriön rinnakkaisdiagnoosi. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla ADHD-aikuisen kokemuksia omasta häiriöstään, sen tuomia haasteita ja niihin saatua hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa

neuropsykiatrisista häiriöistä, jota voidaan hyödyntää neuropsykiatrista hoitotyötä kehittäessä yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla.

Toimeksiantajanani on Lapin sairaanhoitopiirin yleissairaalapsykiatrian poliklinikka Rovaniemellä, Lapin keskussairaalassa. He olivat kiinnostuneita aiheesta, sillä heidän vastaanotollaan käy paljon ADHD:ta sekä autismikirjon häiriöitä sairastavia potilaita, ja heidän mielestään on tärkeää saada lisää konkreettista tietoa siitä, onko esimerkiksi heidän antamansa hoito yksilötasolla tehokasta ja hyvää. Suunnittelimme yhteistyössä opinnäytetyön rakennetta ja tutkimuskeinoja. Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, joka pohjautuu teoriaan sekä ADHD-oireisen aikuisen haastatteluun.

1 NEUROPSYKIATRIA

1.1 Kuvaus

Neuropsykiatria on lähestymistapa niihin aivosairauksiin, jotka ilmenevät psykiatrisina häiriöinä mielessä, kognitiossa, emootioissa ja käyttäytymisessä. Neurologian ja psykiatrian yhdistyminen alkoi neuropatologisista, neuroanatomisista ja neurofysiologisista havainnoista. Kliinisenä alana neuropsykiatria ei ole jäsentynyt tiettyjen diagnoosiryhmien mukaan, sillä ei ole olemassa puhtaasti neuropsykiatrisia sairauksia. Kyseessä on siis ennemminkin lähestymistapa, joka painottaa neurobiologisia tekijöitä, esimerkiksi hermoverkkojen toimintahäiriöitä, psykiatristen oireiden taustalla. (Juva, ym. 2011. 17.)

Neuropsykiatrian perustana voidaan pitää käsitystä siitä, että mieli ja aivot ovat erottamattomat. Aivot ovat siis konkreettinen heijastuma mielestä, ja mieli abstrakti heijastuma aivoista. Neuropsykiatrisen käsityksen mukaan mieli, tunteet, persoonallisuus, kognitio sekä ruumiillisuus muodostavat kokonaisuuden, jonka häiriintyminen johtaa psykiatrisiin oireisiin ja käyttäytymisen haitallisiin muutoksiin. (Waris, P. & Isomäki, H. 2014. 2.)

1.2 Neuropsykiatristen häiriöiden syntymekanismi

Neuropsykologiset tutkimukset ovat osoittaneet, että ihmisen aivot ovat syntymän jälkeenkin jatkuvasti rakenteellisesti dynaamiset, toisin kuin monet muut elimet. Aivojen tehtävänä on muun muassa välittää kokemuksia, mutta nuo kokemukset voivat siis jatkuvasti vaikuttaa keskushermoston rakenteeseen ja ihmisen biologisiin toimintatapoihin. (Huttunen, M. Iivanainen, M. Partinen, M. & Taipale, I. 1993. 49.)

Neuropsykiatriset oireet syntyvät, kun aivokudokseen tulee vaurio synnynnäisesti tai ns. itseaiheutetusti. Tämä johtaa hermoverkkojen toiminnan häiriintymiseen ja lopulta käyttäytymisen ja tunteiden säätelyn muutokseen. (Waris, P. & Isomäki, H. 2014. 3.)

1.3 Neuropsykiatriset häiriöt

Neuropsykiatriset häiriöt voidaan jakaa kahteen ryhmään: synnynnäiset tai kehitykselliset häiriöt, ja itse aiheutetut häiriöt. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD), Autismin kirjo (Autismi ja Asperger), Touretten oireyhtymä sekä skitsofrenia. Itse aiheutettuina häiriöinä voidaan pitää aivovammoja sekä joitakin dementian muotoja, kuten alkoholidementiaa. (Waris, P. & Isomäki, H. 2014. 3.)

Neuropsykiatriset häiriöt havaitaan yleensä jo lapsuusiässä, mutta niitä diagnosoidaan usein myös myöhemmällä iällä. Jos häiriötä ei ole havaittu vielä lapsuusiässä, nuoruusiän fyysiset ja psyykkiset muutokset sekä erityispiirteet usein vaikeuttavat entisestään häiriöiden tunnistamista. Esimerkkinä voidaan pitää ADHD:ta, eli aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriötä, jonka piirteitä voi nuoruusiällä esiintyä muuttuneiden unitottumusten vuoksi. Neuropsykiatrisille häiriöille on tyypillistä unen poikkeavuudet. Lisäksi näihin häiriöihin käytettävä lääkehoito voi aiheuttaa tai pahentaa univaikeuksia. (Rintahaka 2007.)

Neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyy yleensä myös muita psykiatrisia ongelmia, jotka osaltaan voivat pahentaa olemassa olevia oireita. Ne voivat esimerkiksi aiheuttaa univaikeuksia ja vaikeuttaa neuropsykiatristen häiriöiden tunnistamista. Neuropsykiatristen häiriöiden diagnostiikka, kuntoutus sekä hoito, mukaan lukien lääkehoito, vaativat moniammatillista yhteistyötä. Hoito tai kuntoutus eivät poista neuropsykiatrista häiriötä, mutta niiden avulla voidaan nostaa elämänlaatua lievittämällä oireita ja opettamalla niiden hallintaa. Hoidot ovat siis oireenmukaisia ja jatkuvat pitkälle aikuisikään, jopa läpi elämän. (Rintahaka 2007.)

Neuropsykiatrisille häiriöille on olemassa omat diagnostiset kriteerit, jotka on määriteltty ICD-10:n mukaan. Diagnostiikkaan vaikuttaa myös laaja-alainen strukturoitu haastattelu SCID-protokollan mukaan. Esimerkiksi ADHD-tutkimuksissa käytettävä DIVA 2.0 -haastattelu, sekä vanhempien ja puolison haastattelut. Yleensä käytettävissä on myös sairaskertomukset ja esimerkiksi koulutodistukset lapsuudesta. Näillä on erityisen suuri painoarvo, jos häiriö

havaitaan vasta aikuisiällä. Tarvittaessa diagnoosin tukena käytetään myös neuropsykologisia tutkimuksia, laboratoriokokeita ja esimerkiksi pään MRI-tutkimusta. (Alaräisänen, A. 2015. 6.)

2 AUTISMIN KIRJO

2.1 Autismin kirjon kuvaus ja taustatekijät

Autismin kirjo on yleistynyt käsite kaikille autistista käyttäytymistä omaaville oireyhtymille. Kyseessä on neurologisen kehityksen häiriö, joka voi aiheuttaa ongelmia niin sosiaalisuuteen, kommunikaatioon, kuin aistikokemuksiin. Nämä ongelmat ilmenevät yleensä käytöshäiriöinä, joiden kirjo on oireyhtymästä riippuen hyvin laaja sekä yksilöllinen. Useimmat käytöshäiriöt ovat kuitenkin jokseenkin hallittavissa kasvatuksella, kuntoutuksella sekä lääkityksellä. (Kerola, Kujanpää & Timonen, 2009. 15.)

Yksittäisiä kuvauksia autismin tyyppisestä käyttäytymisestä on löydetty 1300-luvulta asti, Pyhä Franciscus –munkin elämästä kertovissa muistiin merkityissä legendoissa. Kliinisessä yhteydessä autismi-sanaa käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 1911, kun sveitsiläinen psykiatri Eugen Bleuer kuvasi skitsofreenisten aikuispotilaiden jatkuvaa tarvetta eristäytyä muista ihmisistä. (Ikonen, O. 1998. 20.) Länsimaisen lääketieteen tietoisuuteen autismin käsitteen toivat Leo Kanner 1943 ja Hans Asperger 1944. Siitä lähtien autismia on jaoteltu eri alaryhmiin, jotka muodostavat nykyään voimassa olevissa tautiluokituksissa laaja-alaisten kehityshäiriöiden pääluokan, joista yleisimpiä ovat Aspergerin oireyhtymä ja autistinen häiriö. (Juva, ym. 2011. 216.)

Autismin kirjoon kuuluu hyvin erilaisia oireyhtymiä. Näissä oireyhtymissä älyllinen ja toiminnallinen taso sekä kapasiteetti vaihtelevat paljon. (Kerola, Kujanpää & Timonen, 2009. 23.) Autismin kirjoon kuuluvat Autismi, epätyypillinen Autismi, Rettin oireyhtymä, disintegratiivinen häiriö, Aspergerin oireyhtymä sekä tarkemmin määrittämätön laaja-alainen kehityshäiriö. Näiden häiriöiden diagnoosirajaukset eivät yleensä ole tarkat, vaan diagnoosi voi tarkentua hoidon ja seurannan edetessä. (Alaräisänen, A. 2015. 9.)

Autismikirjon häiriöiden esiintyvyydeksi on arvioitu 0,4-0,7%, joissain lähteissä jopa 1% väestöstä. Häiriöt ovat pojilla noin jopa neljä kertaa yleisempiä, kuin tytöillä. Autismikirjon häiriöt ovat yleistyneet, mutta se, johtuuko yleistyminen

parantuneesta diagnosoinnista vai häiriöiden todellisesta lisääntymisestä, on vielä epävarmaa. (Alaräisänen, A. 2015. 10.)

Autismin kirjon taustalla olevaa neurologisen kehityksen häiriötä ja autismin kognitiivista kehitystä voidaan käsitellä kolmella eri teorialla. Ensimmäinen, mielen teoria (Theory of the mind), kertoo, että autistisella ihmisellä on hankaluuksia ymmärtää toisen ihmisen mieltä, ajatuksia tai tunteita. Toista teoriaa kutsutaan koherenssiteoriaksi, jonka mukaan autistinen ihminen ei pysty muodostamaan suuria kokonaisuuksia havainnoidessaan ympäristöään. Sen sijaan autistinen ihminen ymmärtää ja näkee vain ympäristönsä pienet yksityiskohdat ja keskittyy niihin. Kolmas teoria on nimeltään eksekutiivinen teoria, joka selittää autistisen ihmisen vaikeutta ohjata omaa toimintaansa. (Kerola, Kujanpää & Timonen, 2009. 23.)

Autismikirjon häiriöiden tausta on biologinen, eikä niiden tarkkaa syytä ole pystytty vielä todentamaan. Pienellä osalla potilaista taustalla on tunnettu aivotoiminnan häiriö, kuten kromosomipoikkeavuus, särö-X-oireyhtymä tai keskосуus ja siihen liittyvät kehityshäiriöt. (Alaräisänen, A. 2015. 11.)

Autismin puhkeamiseen vaikuttaa merkittävästi perinnöllisyys. Jos esimerkiksi perheessä on yksi autistinen lapsi jonka häiriöön ei ole löydetty spesifiä selitystä, on tulevien sisarusten autismikirjon häiriöriski kohonnut. Tutkimuksissa on havaittu uusia yksittäisiä, oireita selittäviä geenimutaatioita autististen ihmisten perimässä, mutta nämä geenimutaatiot ovat hyvin harvinaisia. Tutkimusten mukaan nämä yksittäiset geenimutaatiot todennäköisesti vaikuttavat synapsien toimintaan aivoissa, jolloin hermoverkkojen toiminta häiriintyy. (Alaräisänen, A. 2015. 11.)

2.2 Autismin kirjon oireet ja diagnostiikka

Autismikirjon häiriöt ilmenevät hyvin yksilöllisesti ja ne ovat elinikäisiä, vaikka ilmenemismuodot voivat vaihdella iän mukaan. Yleensä häiriö pystytään toteamaan jo alle 3-vuotiaalla lapsella. (Alaräisänen, A. 2015. 12.)

Autismikirjon yhdistävät oireet voidaan jakaa kolmeen pääoireeseen, jotka muodostavat niin sanotun autistisen triadin. Siihen kuuluvat sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kommunikaatiokyvyn poikkeavuudet sekä stereotypiat. Uusiin DSM- ja ICD-tautiluokitukseen suunnitellaan muutoksia autismikirjon häiriöiden diagnooseihin. (Moilanen, ym. 2012.)

Sosiaalisen kehityksen ongelmat ilmenevät jo lapsena. Esimerkiksi lapsi vaikuttaa poissaolevalta, ei ole kiinnostunut ihmisistä vaan vaikuttaa suhtautuvan muihin ihmisiin kuin esineisiin. Sosiaalisten taitojen puute ilmenee välinpitämättömyytenä ja kylmyytenä muita ihmisiä kohtaan, mutta poissaolevalta vaikuttava lapsi saattaa kuitenkin olla hyvinkin läsnä. (Kerola, Kujanpää & Timonen, 2009. 25.)

Kommunikaatiokyvyn kehityshäiriöt näkyvät monesti ensimmäisenä, jolloin lasta aletaan yleensä tutkia. Noin kolmasosalla 1,5-2-vuotiaista autistisista lapsista kielen kehittymisen ja puheen alueella tapahtuu taantumista, jolloin katsekontakti vähenee ja jotkut opitut sanat voivat jäädä pois käytöstä. Vaikeasti autistinen lapsi ei välttämättä opi koskaan puhumaan, vaikkakin ääntelyä voi olla. Toisilla puhekyky taas alkaa kehittymään yleensä leikki- tai kouluikäisinä ulkoa opittujen sanontojen ja fraasien kautta. Lapsi oppii yhdistämään tietyt sanat tiettyihin tilanteisiin ja sitä kautta alkaa muodostamaan puhetta. Kuitenkin autistisella ihmisellä ilmeitten ja eleiden ymmärtämisessä tulee aina olemaan suuria puutteita. (Alaräisänen 2015. 12; Kerola, Kujanpää & Timonen, 2009. 25.)

Autistiselle ihmiselle tyypillinen stereotyyppinen käyttäytyminen voi johtua aistikokemusten poikkeavuudesta, tai tarpeesta pyrkiä luomaan itselle turvallisuuden tunnetta uusissa tilanteissa. Stereotyyppisellä käyttäytymisellä voidaan tarkoittaa käsien tai esineiden toistavaa heiluttamista, eli stimmausta, omaperäistä ääntelyä, esineiden järjestelyyn juuttumista tai samojen liikeratojen jatkuvaa toistamista. Nämä käyttäytymistavat voidaan ymmärtää myös puutteellisten kommunikaatiotaitojen kompensoimiseksi. (Kerola, Kujanpää & Timonen, 2009. 25.)

Muita tyypillisiä oireita voivat olla irrationaaliset pelot ja pelot uusia tilanteita kohtaan, uni- sekä syömishäiriöt. Joillakin autistisilla ihmisillä voi myös esiintyä aggressiivisuutta, raivokohtauksia tai itsensä vahingoittamista. Autististen ihmisten älykkyystasoissa on suuria vaihtelevuuksia ja yleensä kielellinen taso on selkeästi heikompi, kuin ei-kielellinen. Kehitysvammaisuutta esiintyy noin kolmella neljästä autistisesta ihmisestä. (Alaräisänen 2015, 12.)

ICD-10 –diagnoosiluokituksessa on eritelty eri autismikirjon häiriöiden diagnostiset kriteerit, joita voidaan käyttää tukena diagnoosin tekemisessä. Lisäksi laaja-alaiset havainnot käyttäytymisen tyypillisistä poikkeavuuksista, huolelliset kliiniset tutkimukset, strukturoidut haastattelut ja arvioinnit, sekä moniammatillinen yhteistyö ovat tärkeitä tekijöitä autismikirjon häiriötä diagnosoidessa. (Kerola, Kujanpää & Timonen, 2009. 27.)

Suomeen ollaan ottamassa käyttöön uudistettu diagnoosiluokitus, johon on tulossa joitakin muutoksia ICD-10:een nähden. Tarkoituksena olisi lopettaa eri autismikirjon häiriöiden diagnosointi, ja ottaa käyttöön pelkästään autismikirjon häiriö. Näin ollen esimerkiksi Aspergerin oireyhtymä omana häiriönään poistuisi diagnoosiluokituksista. (Alaräisänen, A. 2015. 14.)

Autismikirjon häiriöiden diagnooseissa yleisiä ovat niin sanotut liitännäis- ja rinnakkaisdiagnoosit. Näitä ovat muun muassa muita neuropsykiatriisiin häiriöihin kuuluvia häiriöitä, kuten tarkkaavaisuushäiriöt ADD ja ADHD, erinäiset oppimisvaikeudet, epilepsia ja jotkin psykiatriset häiriöt. Esimerkiksi ADHD:ta pidetään yleisesti autismikirjon häiriön poissulkevana diagnoosina, mutta sen toteaminen liitännäisdiagnoosina autismikirjon häiriölle on yleistynyt. Liitännäisdiagnoosointi on oleellinen osa autismikirjon häiriöiden diagnostiikkaa kokonaiskuvan saamiseksi ja esimerkiksi lääkehoidon mahdollistamiseksi. (Alaräisänen, A. 2015. 14.)

3 ADHD – AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVAISUUDEN HÄIRIÖ

3.1 Mitä on ADHD?

Jokainen ihminen kohtaa elämänsä jossain vaiheessa henkilön, joka voi olla luova, toimelias, intohimoisesti päämääräänsä tähtäävä sekä käytännönläheinen, mutta silti ontuu sosiaalisissa tilanteissa, hallitsee huonosti tunteensa, jättää asioita kesken, elää keskellä pientä sekasortoa ja unohtelee asioita. Hänen ajatusmaailmaansa voi olla vaikea seurata, sillä tämän henkilön tarkkaavaisuus voi hypähdellä kesken tekemisen aivan toiseen suuntaan ja ajatus lentää täysin omilla radoillaan. Hänellä voi olla ADHD.

ADHD:lla (Attention deficit hyperactivity disorder), eli aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöllä tarkoitetaan neurobiologista aivojen toimintahäiriötä, joka vaikuttaa erityisesti ihmisen tarkkaavaisuuteen, ylivilkkauteen, keskittymiskykyyn, sekä impulsien kontrolloimiseen. ADHD-ihmisen aivojen aktiivisuustaso on näillä aivojen alueilla matalampi, kuin muilla. Tästä seuraa vaikeuksia muun muassa asioiden muistamisessa, tunteiden säätelyssä, tehtävien organisoinnissa ja ennakkoinnissa. (NIH 2016.)

ADHD tulee yleensä näkyväksi jo ennen alakouluikää ja jatkuu läpi elämän. Joissakin tapauksissa häiriötä ei ole havaittu, tai jostain syystä tutkittu lapsuudessa, jolloin diagnoosi voidaan asettaa myös myöhemmällä iällä. Näissä tapauksissa tutkimusten tukena käytetään esimerkiksi lapsuusajan koulutodistuksia ja vanhempien haastatteluita. (Lehtokoski 2004, 11.)

3.2 ADHD:n taustatekijät

ADHD on voimakkaasti perinnöllinen häiriö. Länsimaissa tehtyjen tutkimusten perusteella 60-90% lapsuus- ja nuoruusiän ADHD-alttiudesta selittyy perintötekijöillä. Perhetutkimuksissa on myös saatu selville, että vaikka enemmistö lähisukulaisista olisivat terveitä, esiintyy kyseistä häiriötä myös

ADHD-lasten vanhemmilla 2-8 kertaa useammin, kuin väestössä keskimäärin. (Käypä hoito: ADHD 2013.)

ADHD-riskiä nostavat myös raskauteen ja synnytykseen liittyvät tekijät: pieni syntymäpaino ja keskosuus, synnytykseen liittyvät komplikaatiot tai traumat, vastasyntyneen hapenpuute, sekä veren suuri sokeripitoisuus. Myös raskausaikana äidin tupakointi, tai muu päihteiden käyttö voi lisätä ADHD-riskiä, mutta tämä on pystytty todentamaan ainoastaan niissä tapauksissa, joissa lapsella on valmiiksi geneettinen alttius häiriölle. (Käypä hoito: ADHD 2013.)

Psykososiaaliset riskitekijät, kuten vähävirikkeellinen kasvuympäristö ei suoranaisesti vaikuta ADHD:n syntymiseen, mutta yhdessä geneettisen alttiuden kanssa se voi edesauttaa häiriön puhkeamista. Sen sijaan perheen sisäiset riskitekijät, kuten perheväkivalta voivat vaikuttaa olennaisesti kehittyvän lapsen keskushermostoon muun muassa ylläpitämällä lapsen ylivalppautta. Perheen sisäiset kriisit vaikeuttavat lapsen motoriikan ja vireyden säätelytilojen kehittymistä sekä turvallisen kiintymyssuhteen muodostumista. (Käypä hoito: ADHD 2013.)

Solutasolla ADHD:n taustalla toimivat isossa roolissa aivojen välittäjäaineet dopamiini, serotoniini ja noradrenaliini. Nämä välittäjäaineet voivat liittyä monien erilaisten häiriöiden syntyyn. Esimerkiksi dopamiinia löytyy aivojen eri alueilta ja sen vaikutus vaihtelee alueesta riippuen. Otsalohkojen alueella dopamiinin toiminta liitetään erityisesti tarkkaavaisuuden ylläpitoon ja käyttäytymisen sosiaaliseen kontrolliin. Kun dopamiinia on esimerkiksi otsalohkoalueella liian vähän, alkavat ADHD:n oireet muodostua. (Lehtokoski 2004, 87.)

Dopamiinin lisäksi myös noradrenaliini vaikuttaa muun muassa muistitoimintoihin nimenomaan tarkkaavaisuuden kautta. Serotoniinin määrä taas linkittyy muun muassa impulsiiviseen käyttäytymiseen, sekä unen rakenteeseen. Alhaiset serotoniinipitoisuudet aivoissa aiheuttavat impulsiivisuuden lisääntymistä, sekä unen pinnallistumista vahvistaen ADHD:n oireita. (Lehtokoski 2004, 87.)

3.3 ADHD:n oireet ja diagnosointi

ADHD:n oireet ja niiden voimakkuus riippuvat pitkälti siitä, missä aivojen osassa häiriötä on ja kuinka laajalti aivotoiminta on häiriintynyt. Häiriö voidaan todeta esimerkiksi hahmotuksesta, motoriikasta, kommunikaatiosta, keskittymisestä, oppimisvaikeuksista, psykomotorisesta levottomuudesta ja kognitiivisista toiminnoista. Eri oireet ovat yleensä enemmän tai vähemmän riippuvaisia toisistaan, sillä jonkin aivojen osan toiminnan häiriintyminen häiritsee kehittymistä myös muilla toiminnan alueilla. (NIH 2016; Michelsson, ym. 2000, 13.)

ADHD-henkilöllä yleisimpiä oireita ovat pääasiassa keskittymis-, ja muistivaikeudet, impulsiivisuus, psykomotorinen levottomuus, ärtyisyys sekä aloitekyvyttömyys. Näiden pääoireiden lisäksi liitännäisoina voi esiintyä esimerkiksi elämänhallinnan ja sosiaalisen kanssakäymisen vaikeuksia, hahmotushäiriöitä, mielenterveyden ongelmia ja päihteiden väärinkäyttöä, sekä käytöshäiriöitä. Nämä oireet luovat monenlaisia ongelmia elämän eri osa-alueille, kuten opiskeluun, työelämään, perhe-elämään sekä arjenhallintaan. (NIH 2016; Saukkola 2005, 11.)

ADHD:n diagnosointi ei ole aina helppoa, sillä monet oireista voivat olla hyvinkin epämääräisiä ja vaihdella päivästä riippuen. Lisäksi oireet yleensä myös muuttuvat iän myötä, jolloin häiriön havaitseminen vanhemmalla iällä voi olla mutkikasta. Lääketieteellinen diagnoosi perustuu erilaisiin kyselyihin, haastatteluihin ja kliinisiin tutkimuksiin, joilla kartoitetaan erilaisia kykyjä ja taitoja. Lopullisen diagnoosin tekee aina lääkäri, mutta tutkimuksissa käytetään hyväksi moniammatillista työryhmää. Siihen voi kuulua muun muassa psykologi, puheterapeutti, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä sekä opettaja. (NIH 2016; Michelsson, ym. 2000, 14.)

ADHD pyritään diagnosoimaan ennen kouluikää, sillä silloin hoidolla ja kuntoutuksella voidaan vaikuttamaan mahdollisimman tehokkaasti lapsen koulunkäyntiin ja opiskeluvaikeuksiin. Usein kuitenkin käy niin, että oireet tulevat näkyväksi vasta koulun alettua. Teini-ikäisen lapsen diagnosointi on jo

huomattavasti vaikeampaa, sillä näkyvimmat oireet, ylivilkkaus, impulsiivisuus ja motoriset ongelmat, ovat voineet jo parantua. Etualalle on jäänyt yleensä oppimisvaikeudet, sosiaaliset ongelmat ja käytöshäiriöt, jotka toisaalta voivat olla myös normaaleja teini-ikäisen kehitykseen liittyviä piirteitä. (NIH 2016; Michelsson, ym. 2000, 16.)

4 ADHD-AIKUINEN JA ARJEN HAASTEET

4.1 Aikuisiän ADHD

Aikuisiän ADHD on melko uusi käsite, sillä vielä 80-luvulla ajateltiin ADHD:n häviävän teini-iän myötä. Aikuisiän ADHD:n oireet ovat melko samanlaiset kuin lapsilla, joskin yleensä lievemässä muodossa. Lapsuusiän ylivilkkaus muuttuu yleensä pään sisäiseksi sekasorroksi ja levottomuudeksi. (Michelsson, ym. 2000, 143.)

Monetkaan ADHD-aikuisista eivät ole saaneet diagnoosiaan lapsena. Aikuisen diagnoosin varmistamiseksi sopivat samat kriteerit kuin lapsilla, mutta on todettu, että oireiden lukumäärä voi olla pienempi. Tärkeää on, että oireet ovat alkaneet ennen seitsemättä ikävuotta, ne ovat jatkuneet läpi lapsuus- ja nuoruusiän sekä ne ovat vaikuttaneet huomattavalla tavalla opiskeluun ja työelämään. Diagnoosin tekemiseksi tulee siis erityisesti tarkastella lapsuusaikaa ja opiskelumenestystä. (Michelsson, ym. 2000, 143.)

Aikuisten ADHD:ta on alettu tutkia tarkemmin vasta 90-luvun aikana, kun huomattiin, etteivät oireet välttämättä häviä teini-iän mukana. Tämän havainnon myötä on alettu lisäämään resursseja aikuisten diagnosointiin ja hoitoon. Näin ollen on myös alettu kehittämään uusia tutkimusmenetelmiä aikuisten ADHD:n tunnistamiseksi. (Michelsson, ym. 2000, 16.)

4.2 ADHD-aikuisen opiskelu ja työelämä

ADHD-oireisia aikuisia tutkittaessa on käynyt ilmi, että heidän koulutustasonsa on keskimäärin muuta väestöä matalampi. Opintojen keskeytykset ovat yleisiä ja arvosanat usein keskimäärin muita heikompia. Tämä ei kuitenkaan johdu siitä, että ADHD-henkilöt olisivat muita tyhmempiä, vaan häiriön tuomat oireet usein estävät heitä käyttämästä kaikkea sitä potentiaalia, jota heillä on. ADHD ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita, ettei opiskelu voi sujua, vaan moni

ADHD-oireinen on päässyt opinnoissaan jopa yliopistotasolle. (Virta & Salakari 2012, 51.)

ADHD-henkilön oppimisvaikeudet juontavat juurensa tarkkaavaisuuden, muistin, hahmotuksen sekä toiminnanohjauksen vaikeuksiin. Yleisesti ADHD:n liitännäisoireena voi olla lisäksi lukihäiriö, joka entisestään vaikeuttaa opiskelua. Myös esimerkiksi peruskouluvaiheessa koetut negatiiviset oppimiskokemukset voivat vaikuttaa opiskeluun vielä aikuisiällä, sillä luottamus omaan osaamiseen ja kyvykkyyteen on huono. Tämä johtaa usein luovuttamiseen, jolloin opinnot monesti keskeytyvät kokonaan. (Virta & Salakari 2012, 51-52.)

ADHD-aikuisten työelämässä pärjääminen on keskivertoväestöä haasteellisempaa. Heillä on tutkitusti enemmän työttömyyttä ja työpaikan vaihdoksia kuin muulla väestöllä. Myös alisuoriutuminen työssä sekä sairauspoissaolot vaikuttaisivat olevan ADHD-aikuiselle tyypillisiä. Nämä ongelmat voivat johtua esimerkiksi siitä, etteivät työtehtävät ole sopivia, tai henkilöltä puuttuu taito tunnistaa erilaiset ongelmat ja niiden syyt. ADHD-aikuisen vaikeudet pitää kokonaisuus hallussa sekä työssä, että omassa henkilökohtaisessa elämässä häiritsee työhön keskittymistä ja siitä suoriutumista. Myös tarkkaavaisuuden, keskittymisen ja muistin ongelmat voivat hankaloittaa työn suunnittelua, toteutusta ja ohjeiden muistamista. (Koski & Leppämäki 2013, 3159; Virta & Salakari 2012, 46-48.)

4.3 ADHD-aikuisen ihmissuhteet

Ihmissuhteissa ADHD-aikuisella on monesti merkittäviä ongelmia ja nämä ongelmat ovat heille hyvin tyypillisiä. ADHD-aikuisen käyttäytyminen sosiaalisella tasolla voi jonkin verran erota normaalista, jolloin ristiriitoja pääsee väkisinkin syntymään. Ristiriitojen syntymisen taustalla voi olla ADHD:lle tyypillisiä oireita, kuten mielialojen vaihtelut, unohtelu ja myöhästely, sekä asioiden liian suorasti sanominen. Normaalissa ihmissuhteessa tällaiset tekijät aiheuttavat paheksuntaa, joten muiden voi olla vaikea ymmärtää ADHD-aikuisen käytöstä, etenkin jos ei tiedä kyseisestä häiriöstä. (Virta & Salakari 2012, 56-57.)

ADHD:lle, kuten myös muille neuropsykiatrisille häiriöille ominaista on vaikeus tulkita muiden ihmisten äänensävyjä, ilmeitä tai eleitä. Tämä voi johtaa tietyissä tilanteissa väärinkäsitykseen ja sitä kautta uuden ihmissuhderistiriidan syntymiseen. ADHD-aikuisen impulsiivisuus näissä tilanteissa voi johtaa ystävyssuhteen katkaisemiseen herkemmin, kuin muilla ihmisillä. (Virta & Salakari 2012, 56-57.)

ADHD-aikuisella, kuten muillakin voi silti olla elinikäisiä ystävyssuhteita. Ystävyssuhteen alussa ADHD-oireinen henkilö on monesti aktiivisempi osapuoli, joka pitää yhteyttä ja järjestää tapaamisia, mutta usein passivoituu jo muutaman kuukauden päästä. Hän voi olettaa ystävänsä pitävän vuorostaan aktiivisemmin yhteyttä, tai hän on siirtynyt uusien ihmissuhteiden rakentamiseen, eikä muista pitää yhteyttä vanhoihin ystäviin. ADHD-aikuisen ystävä on siis hyvä oppia, ettei ihmissuhteiden aktiivinen ylläpito kuulu ADHD:n tuomiin vahvuuksiin. (Lehtokoski 2004, 49-50; Virta & Salakari 2012, 57.)

Parisuhteessa ADHD-aikuisen ailahtelevaisuus ja asioiden unohtelu voi tuoda vaikeuksia. Myös kommunikointivaikeudet ja huolimaton rahankäyttö ovat ADHD:lle tyypillisiä ongelmia, jotka näkyvät parisuhteessa varsinkin suhteen edetessä vakavammalle tasolle. Alkuhuuman hälvettyä ongelmaksi voi muodostua myös ylivilkkaan ADHD-aikuisen tarve löytää uusia virikkeitä, jolloin hän saattaa esimerkiksi tietoisesti haastaa riitaa kumppaninsa kanssa. ADHD-aikuiset myös vaihtavat kumppaniaan tavallista herkemmin etsiessään uutta ihastumisen, rakastumisen ja jännityksen tunnetta (Lehtokoski 2004, 55, 68, 70; Virta & Salakari 2012, 61-62.)

5 ADHD-AIKUISEN HOITO, KUNTOUTUS JA TUKI

5.1 ADHD-aikuisen hoidon yleiset periaatteet

ADHD:n hoito on aina hyvin yksilöllistä, sillä oireita on erilaisia ja –tasoisia. Hyvässä hoidossa tärkeää kuitenkin aina on potilas- ja omaisneuvonta, eli psykoedukaatio. Hoidon ja kuntoutuksen onnistumiseksi potilaan tulee ymmärtää sairautensa syyt, kulku ja oireet. Myös eri hoitovaihtoehtojen läpikäyminen kuuluu laadukkaaseen ja kokonaisvaltaiseen psykoedukaatioon. (Käypähoito: ADHD 2013.)

ADHD-oireisille aikuisille on tarjolla monipuolisia hoito- ja tukitoimia, joihin pääsy voi kuitenkin olla kunnasta riippuen vaikeaa epäselvän kuntoutusjärjestelmän ja lainsäädännön takia. palveluntarjonta voi vaihdella rajustikin eri kuntien ja hoidontarjoajien välillä, mikä hankaloittaa aikuisten ADHD-hoitoa. Tärkeää olisi kuitenkin arvioida kunkin hoito yksilöllisesti ja ottaa selvää millainen tuki on kenellekin parasta. (Kippola-Pääkkönen 2012. 79, 83, 86.)

ADHD:n hoidossa käytettävät tukitoimet tulisi aloittaa mahdollisimman pian oireiden synnyttyä tai alettua häiritsemään arkea. Tukitoimia varten ei tarvita diagnoosia, ja joissakin tapauksissa annetut tukitoimet ovat toimineet niin hyvin, ettei tarkempia tutkimuksia ole tarvittu. Näitä psykososiaalisia hoito- ja tukimenetelmiä käytetään usein myös lääkityksen tukena. (Käypähoito: ADHD 2013; Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 95-96.)

Keskeiset ADHD:n oireet yleensä lievittyvät psykososiaalisilla hoitomuodoilla tai lääkehoidolla. ADHD:ta voidaan hoitaa joko lääkkeettömästi tai lääkkeellisesti. Lääkkeetön hoito koostuu elämänhallinnan opetuksesta, psykososiaalisista tukitoimista sekä kuntoutuksesta. Lääkkeellisessä hoidossa käytetään edellä mainittujen tukitoimien lisäksi ADHD:n hoitoon tarkoitettua lääkettä, joka lieventää oireita ja tukee lääkkeettä hoitomuotoja. (Käypähoito: ADHD 2013.)

5.2 ADHD:n lääkkeettömät hoito- ja kuntoutus- ja tukimuodot

Kaikissa ADHD-tapauksissa lääkehoito ei ole välttämätöntä, tai edes tarpeellista. Kun ADHD-oireet ovat niin lieviä, etteivät ne häiritse esimerkiksi työssä käymistä tai opiskeluun keskittymistä liikaa, voi ilman lääkitystäkin tulla toimeen. Ympäristön ja oman toiminnan säätely ADHD:n hoidossa on merkittävää, ja näitä tekijöitä muuntamalla voidaan saada aikaan paljon. (Lehtokoski 2004, 95.)

Psykoterapia on yleinen ADHD:ssa käytettävä lääkkeetön hoitomuoto. ADHD:n hoidossa käytetään yleisimmin kognitiivista psykoterapiaa sekä kognitiivista käyttäytymisterapiaa, joista on ollut tutkitusti suurin hyöty ADHD-oireiselle aikuiselle. Kognitiivinen psykoterapia pohjautuu kognitiiviseen psykologiaan ja sen käsitteisiin. Kognitiolla tarkoitetaan ihmisen mieli- ja muistikuvia, ajatuksia sekä tiedon käsittelyä. Kognitiivinen psykoterapia korostaa tietoista ajattelua ja keskittyy yksilön ajatusten ja uskomusten vaikuttavuuteen tunnepuolella, hyvinvoinnissa ja toimintakyvyssä. Sen tarkoituksena on auttaa ADHD-aikuista ymmärtämään ja tunnistamaan omia ajatuksiaan ja tunteitaan, jotta hän voisi löytää toimivia selviytymiskeinoja arkielämäänsä sekä muuttaa ajatuksiaan itseään ja ympäristöään kohtaan myönteisemmiksi. (Häll 2005, 29.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia keskittyy löytämään yksilön käyttäytymisessä toistuvia ja haitallisia käyttäytymismalleja. Näitä malleja muokkaamalla voidaan saada aikaan uudenlainen suhtautuminen erilaisiin arkisiinkin asioihin. Käyttäytymisterapian tavoitteena on muokata haitallisia käyttäytymismalleja tai löytää tilalle uudenlaisia tapoja toimia. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 101.)

Toinen ADHD:n hoidossa paljon käytetty kuntoutusmuoto on neuropsykologinen kuntoutus. Siinä keskitytään pääasiassa aivotoiminnan häiriöstä johtuviin ajatus- ja tunne-elämän ongelmiin sekä käyttäytymishäiriöihin. Tarkoituksena neuropsykologisella kuntoutuksella on valmentaa kuntoutujaa palaamaan työ- tai opiskeluelämäänsä sekä vahvistaa toimintakykyä. Neuropsykologinen kuntoutus ei kuitenkaan automaattisesti sovi kaikille, vaan sen edellytyksenä

on, että neuropsykologisilla tutkimuksilla on todennettu häiriön vaikuttavan haitallisesti työ-, opiskelu- sekä toimintakykyyn. (Leskelä 2005, 22-23; Virta & Salakari 2012, 80.)

Kolmas ADHD:n hoitoon käytetty kuntoutus- ja tukimuoto on ADHD-valmennus, eli coaching. Se on ohjaus- ja tukitoimintaa jota voidaan antaa sekä ADHD- että asperger-potilaalle. Valmennustapaa voidaan käyttää myös mielenterveyskuntoutujille. ADHD-valmennuksessa käytetään ratkaisukeskeistä lähestymistapaa, joka tukee kehittymistä ja jossa ohjataan ADHD-oireiselle henkilölle elämän- ja arjenhallintaa sekä harjoitellaan uusia käyttäytymismalleja. (Saukkola 2005. 57.)

ADHD-valmennus sopii erityisesti niille henkilöille, joilla on vaikeuksia arjenhallinnassa ja keskittymisessä, järjestelmällisyyden puutetta, sekä sosiaalisia vaikeuksia. Vaikka valmennus voi olla hyvin terapeutista ja kuntouttavaa toimintaa, sitä ei kuitenkaan voida kutsua terapiaksi. Koska valmennus myötäilee ADHD:n hoitoon käytettäviä terapiamuotoja, parhaat tulokset on saatu, kun ADHD-valmennusta on käytetty lääkityksen, tai muiden kuntoutusmuotojen tukena. (Saukkola 2005. 57.)

Muita ADHD:n hoitoon ja kuntoutukseen käytettäviä tukimuotoja voivat olla muun muassa vertaistukiryhmät, sopeutumisvalmennuskurssit sekä toimintaterapia. Myös itsehoidolla ADHD-aikuinen voi vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa esimerkiksi liikunnan ja ravitsemuksen kautta. Riittävä ja laadukas yöuni, liikunta ja oikeanlainen ravitsemus vähentävät levottomuutta ja lisäävät keskittymiskykyä sekä tarkkaavaisuutta. (Virta & Salakari 2012, 81.)

5.3 ADHD:n lääkehoito

Lääkehoidon lähtökohtana on käsitys siitä, että ADHD häiriönä selittyy aivojen toiminnan solutasolla. Välittäjäaineet, jotka vievät viestejä hermosolusta toiseen, ovat tässä tapauksessa merkittävässä roolissa. Keskushermostossa välittäjäaineita on useita, mutta ADHD:n kannalta merkittävimpinä pidetään

dopamiinia ja noradrenaliinia. Lääkityksellä pyritäänkin vaikuttamaan näiden kahden välittäjäaineen toimintaan. Myös serotoniinilla katsotaan olevan vaikutusta ADHD-oireiden syntyyn, mutta on arvioitu vaikutuksen syntyvän lähinnä välillisesti esimerkiksi masennuksen kautta. (Niemelä 2005, 65.)

Lääkityksen tarpeeseen vaikuttavat monet tekijät. Esimerkiksi yksilön työ- ja elämäntilanne sekä oireiden voimakkuus ovat ratkaisevia tekijöitä, kun harkitaan eri hoitovaihtoehtoja. Aikuisten ADHD-potilaiden kohdalla on hyvä huomioida se, että toisin kuin lapsi, aikuinen hakeutuu yleensä itse avun piiriin, kun tilanne alkaa tuntua mahdottomalta. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että kotikeinojen ollessa loppumassa, lääkityksen ja käyttäytymisterapian tai -valmennuksen yhdistelmä toimii huomattavasti tehokkaammin kuin kumpikaan näistä yksinään. (Lehtokoski 2004, 99.)

ADHD:n lääkehoidon tarkoituksena on pyrkiä vaikuttamaan häiriön keskeisiin oireisiin, vähentää ylivilkkausta ja impulsiivisuutta ja toisaalta parantaa tarkkaavaisuutta. Perimmäinen tavoite on parantaa yksilön toimintakykyä ja minimoida häiriön tuomat haitat ja kärsimykset. Lääkitystä ei ole tarkoitettu käytettäväksi ainoana hoitomuotona, vaan sen tarkoitus on tukea lääkkeettömiä hoito-, tuki- ja kuntoutusmuotoja. (Niemelä 2005, 66-67.)

5.3.1 Psykostimulantit

ADHD:n hoitoon on kehitetty monenlaisia lääkkeitä, joilla on hieman erilaiset toimintaperiaatteet. Yleisin ADHD:n hoidossa käytetty lääkeaine on metyyllifenidaatti, joka toimii keskushermosto-, eli psykostimulanttina. Sen toiminta perustuu takaisinottonkanavien sulkemiseen viestiä tuovassa solupääätteessä. Tämän seurauksena välittäjäainemäärä jää solujen välille pitemmäksi ajaksi antaen dopamiinille ja noradrenaliinille enemmän aikaa kiinnittyä vastaanottavaan hermosoluun. Yleisimmät metyyllifenidaattia sisältävät lääkkeet ovat kauppanimeltään lyhytvaikutteinen Ritalin ja uudempi, pitkävaikutteinen Concerta. (Lehtokoski 2004, 103.)

Metyylifenidaattia voidaan pitää hyvin tehokkaana ADHD:n hoitoon käytettävänä lääkkeenä, sillä toivottu hoitovaste on saatu jopa 60-70%:lla potilaista. Tutkimusten mukaan se lievittää tehokkaasti erityisesti impulsiivisuuden, ylivilkkauksen sekä tarkkaamattomuuden oireita. Lääkkeen aloittaminen aikuiselle ADHD-potilaalle vaatii kuitenkin lääkärin erityisosaamista, sillä sen virallisena käyttöryhmänä ovat lapset ja nuoret. (Korkeila & Leppämäki 2014, 117.)

Metyylifenidaattia tutkittaessa on käynyt ilmi, että sen sopivuus ja toimivuus on hyvin yksilöllistä. Sen aiheuttamista haittavaikutuksista yleisimmät ovat ruokahaluttomuus, unettomuus, tunne-elämän epävakaus ja verenpaineen nousu. Lääkkeen aloitukseen liittyykin säännöllinen verenpaine seuranta, jota on hyvä jatkaa muutaman kuukauden ajan lääkityksen alkamisesta. (Koski & Leppämäki 2013. 3160.)

Muita psykostimulantteja, joita käytetään ADHD:n hoitoon, ovat deksamfetamiini ja lisdeksamfetamiini. Nämä lääkkeet luokitellaan huumelääkkeiksi, joten niihin liittyy ilmeinen väärinkäyttöriski. Vaikka stimulantit eivät oikeinkäyttötynä aiheuta riippuvuusongelmia, on potilaan päihdetausta syytä tarkistaa ennen lääkkeen määräämistä. (Korkeila & Leppämäki 2013, 118.; Pihlajamäki, M 2014. 35.)

5.3.2 Atomoksetiini ja muut lääkkeet

Atomoksetiini on ainoa EU-alueella tarjolla oleva ADHD:n hoitoon käytettävä lääke, jonka virallisena käyttöaiheena on myös aikuisten ADHD. Sillä on todettu olevan vähemmän haittavaikutuksia, kuin esimerkiksi metyyllifenidaatilla, sillä se ei ole psykostimulantti. Atomoksetiinin toiminta perustuu noradrenaliinin takaisinoton estämiseen, eli sen vaikutuksesta noradrenaliinia jää enemmän hermosolujen käyttöön vähentäen ADHD:n yleisimpiä oireita. (Korkeila & Leppämäki 2013, 118-119.)

Atomoksetiinin vaikutus alkaa hitaammin, kuin psykostimulanteissa, noin 1-3 viikon kuluessa lääkkeen aloituksesta. Lääkettä otetaan kerran vuorokaudessa, ja sen vaikutus on ympärivuorokautinen. Tutkimuksilla on osoitettu, että

atomoksetiinin hoitovaste on noin 40-70% ja tämä pätee sekä lyhyt-, että pitkäaikaisiin hoitoihin. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat suun kuivuminen, pulssin epätasaisuus, päänsärky ja pahoinvointi, sekä väsymys ja univaikeudet. Toisin, kuin psykostimulanteilla, atomoksetiinilla ei ole päihdekäyttöriskiä, joten se sopii stimulantteja paremmin henkilöille, joilla on ADHD:n lisäksi päihdeongelma. (Korkeila & Leppämäki 2013, 118-119; Virta & Salakari 2012, 77.)

Muita ADHD:n hoitoon käytettäviä lääkkeitä ovat klonidiini, bupropioni ja modafiniili. Klonidiinin käytöstä aikuisilla ADHD-potilailla ei ole vielä olemassa riittävän selvää näyttöä, mutta sitä on käytetty hyvällä vasteella esimerkiksi tapauksissa, joissa ADHD on Touretten syndrooman rinnakkaisdiagnoosi. Bupropionin toiminta perustuu dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinoton estoon, ja sillä on tutkimuksissa todettu olevan lumelääkettä parempi vaikutus. Bupropionia käytetään pääasiassa nikotiiniriippuvuuden ja masennuksen hoitoon, mutta sen käyttö ADHD:n hoidossa voi olla aiheellista, jos stimulantit tai atomoksetiini eivät ole sopivia lääkkeitä. Modafiniilin toimintaperiaate puolestaan liittyy vireystilan ylläpitämiseen hypothalamuksessa vapautuvan histamiinin vaikutuksesta. Modafiniilin hoitovastetta ja tehoa on tutkittu hyvin vähän ja sen käyttöä onkin suositeltu rajoitettavan narkolepsian hoitoon. (Korkeila & Leppämäki 2014. 119-120.)

ADHD:n käypähoitosuosituksissa on mainittu myös guanfasiini. Sen tarkoituksena on vähentää ADHD:n keskeisiä oireita, mutta sillä ei ole tällä hetkellä myyntilupaa Suomessa, sillä tutkimuksia lääkkeen pitkäaikaisvaikutuksista ei ole tehty. Haittavaikutuksia guanfasiinille ovat väsymys ja uneliaisuus, verenpaineen sekä sykkeen lasku ja EKG-muutokset. Näillä haittavaikutuksilla ei ole kuitenkaan nykyisten tutkimusten mukaan todettu olevan kliinistä merkitystä. (Käypähoito: ADHD 2013.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyöni on muodoltaan laadullinen, eli kvalitatiivinen tutkimus. Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on saada ihmisen ääni kuuluviin ja kuvata heidän todellista elämäänsä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2006, 152, 155).

Laadullinen opinnäytetyö valikoitui luontevaksi toteutustavaksi tälle aiheelle, sillä tarkoituksena oli kerätä aineistoa haastattelemalla potilasta, joka kertoo oman kokemuksensa perusteella elämästään ja saamastaan hoidosta. Tutkimuksella ei ollut valmista hypoteesia, vaikka joitakin ennakkoajatuksia tutkimuksesta olikin jo valmiiksi. Tarkoituksena ei ollut kuitenkaan suoraan vastata tiettyyn ennakkoajatukseen. Myös tutkijan aseman vapaus ja luovien ratkaisujen käyttö sopi työskentelytapaani paremmin, kuin tarkasti määriteltä tyyli. Haluan lisätä omaa ja muiden ymmärrystä neuropsykiatrisista häiriöistä ja mielestäni se onnistuu parhaiten jakamalla nimenomaan aito tarina ihmisestä, joka tämän häiriön kanssa elää.

6.2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla neuropsykiatrista häiriötä sairastavan henkilön kokemuksia omasta häiriöstään, häiriön tuomia haasteita ja niihin saatua hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa neuropsykiatrisesta häiriöstä, jota voidaan hyödyntää autismikirjon hoitotyötä kehittäessä yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla.

Tutkimustehtäviä on kaksi: ”Mitä ovat neuropsykiatrisen häiriön tuomat haasteet?” ja ”Miten hoito tukee neuropsykiatrisen häiriön tuomien haasteiden kanssa elämistä?”. Näihin tutkimustehtäviin vastaamalla on tarkoitus luoda tietopaketti, jota voivat hyödyntää niin eri alojen hoitajat, lääkärit, opiskelijat, kuin neuropsykiatrista häiriötä sairastavat henkilöt. Halusin luoda

opinnäytetyöstäni mahdollisimman ihmisläheisen ja realistisen, joten toteutin tutkimukseni kasvotusten tutkittavan henkilön kanssa haastatellen häntä.

6.3 Haastattelumuodon ja tutkimukseen osallistujan valinta

Teemahaastattelu on niin sanottu puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jolle on ominaista, että jokin haastattelun näkökohta on ennalta määrätynyt, mutta eivät kaikki. Haastattelu on tarkoitus kohdentaa tiettyihin aihepiireihin ja niillä haastattelua suunnataan haastateltavan subjektiivisiin kokemuksiin. Teemahaastattelulla voidaan tutkia yksilön ajatuksia, kokemuksia, tuntemuksia sekä sanatonta kokemustietoa, joten siinä korostuu haastateltavan oma elämysmaailma ja näin saadaan haastateltavan oma ääni kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme. 2000. 47–48.)

Minulle tutkijana haastattelun tavoitteena oli ymmärtää kokemuksellinen ilmiö sellaisena, kuin se on, ja kuvata se niin, että se säilyttää oman merkitysyhteytensä muuttumatta minun merkitysyhteydekseni. Tavoitteena oli siis suhtautua haastateltavan kokemuksiin peilaamalla niitä enemmän tutkittuun tietoon, kuin omiin kokemuksiini.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jossa tietoa kerätään haastattelemalla ihmisiä, nousee esiin tutkimusaineiston ja tutkittavien suojaan liittyviä seikkoja. Tutkimusaineiston osalta tulee varmistaa, ettei se joudu väärin käsiin ja tutkittavien nimettömyys säilyy koko tutkimuksen ajan aina tutkimustuloksiin saakka. (Vilkka 2005. 35.)

Kävin haastateltavan henkilön kanssa tarkkaan läpi tavat, joilla hänen anonymiteettinsä suojataan tutkimusprosessissa. Haastateltavan tulee myös tietää, mitä asioita hänestä tullaan tutkimuksessa kertomaan, esimerkiksi sukupuoli tai ikä, sekä millä tavoin esimerkiksi haastattelu tullaan taltioimaan ja miten, tai kuinka kauan taltiointeja tullaan säilyttämään. Myös tutkimuksen keskeyttämisestä on syytä painottaa sitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Kaikki

edellä mainitut seikat kävin läpi ennen tutkimusta sekä suullisesti, että kirjallisesti. (Mäkinen. 2006. 93, 114.)

Teemahaastatteluun valikoitui 4 teemaa: Parisuhde ja seurustelu, seksuaalisuus, perhe-elämä, sekä työelämä. Nämä teemat valitsin, sillä yleensä normaali arkielämä rakentuu näistä asioista.

Tutkimuksen osallistujan, eli haastateltavan henkilön löytämiseen ei kulunut paljoa aikaa, sillä pääsin kontaktiin ADHD-oireisen aikuisen kanssa toimeksiantajani kautta. Tutkimusta suunnitellessani otin yhteyttä toimeksiantajaani ja kysyin, käykö heidän vastaanotoillaan joku neuropsykiatrista häiriötä sairastava potilas. Tietysti lähtökohtana oli saada haastateltavaksi henkilö, jolta voisin saada mahdollisimman laajasti ja paljon tietoa, eli henkilön tulisi olla sosiaalinen.

Toimeksiantajani ehdotti erästä heidän vastaanotoillaan pitempään käynnyttä henkilöä, jonka he tiesivät osallistuvan mielellään erilaisiin tutkimuksiin. Hoitaja, jonka luona potilas käy, lupasi kysyä seuraavalla tapaamisella olisiko hänellä kiinnostusta osallistua tutkimukseen. Potilaan luvalla hoitaja välitti minulle hänen puhelinnumeron, jotta voisin olla itse häneen yhteydessä haastattelun ajankohdasta ja opinnäytetyön sisällöstä.

6.4 Haastattelun toteutus

Haastattelua suunnitellessani halusin, että tilanne olisi mahdollisimman rauhallinen ja ilmapiiri avoin ja luottavainen. Tämän vuoksi otin haastateltavaan hänen luvallaan yhteyttä etukäteen ja sovin haastattelun henkilökohtaisesti. Samalla kävin puhelimesta hieman läpi omia taustojani ja opinnäytetyön sisältöä. Haastattelukertoja oli yksi ja se toteutettiin yleissairaalapsykiatrian poliklinikan tiloissa. Paikalla haastattelussa oli minun lisäksi ainoastaan haastateltava, eikä haastattelusta saatu materiaali tullut sellaisenaan kenenkään ulkopuolisen käyttöön.

Ennen haastattelun alkua kävin yhdessä haastateltavan henkilön kanssa läpi tutkimussopimuksen. Varmistettuani, että hän ymmärtää omat oikeutensa tutkimuksessa, allekirjoitimme sopimukset, joista toinen kappale jäi hänelle ja toinen minulle. Haastattelu kesti noin tunnin ja sinä aikana kävimme keskustellen läpi valmiiksi tekemäni teemahaastattelurungon. Nauhoitin haastattelun tiedon luotettavuuden vahvistamiseksi

Tarkoituksena oli tehdä haastattelu täysin nimettömänä. Ainoastaan tutkittavan koulutus ja siviilisääty käy ilmi tutkimustuloksista, sillä tutkimuksessa käytiin läpi tutkittavan parisuhteeseen, perhe-elämään ja työelämään heijastuvia haasteita.

6.5 Aineiston analyysi

Laadullisten aineistojen analyysi ei yleensä ole tutkimusprosessin viimeinen vaihe, vaan tutkimus rakentuu sykleistä ja aineiston analysointi alkaa jo sen keräämisen yhteydessä. Yleensä aineiston analyysi alkaa koko aineiston lukemisella, jolloin siitä saadaan kattava yleiskuva. Aineistoon perehtyminen ja luokittelun kehittäminen tapahtuu, kuten tutkimus itsessäänkin, syklisesti. (Seitamaa-Hakkarainen. 1999.)

Kvalitatiivisessa sisällön analyysissä luokittelukategoriat kehittyvät ja muuttuvat prosessin edetessä sekä mahdollisen lisäaineiston keräämisen myötä. Näin ollen luokittelukategoriat ovat joustavia välineitä aineiston hahmottamiseen. Analyysiprosessi on systemaattista ja koko aineiston kattavaa, mutta ei kuitenkaan jäykkää ja etukäteen määriteltäviä ryhmityksiä orjallisesti noudattavaa. Uusia analyysiluokkia voi syntyä vielä analyysin edetessä ja aineiston keruun yhteydessä. Kvalitatiivisen aineiston analyysissä luokittelun toteuttaminen perustuu vertailuun, joten vertailua käytetään koko analyysin ajan aineiston luokittelussa kategorioihin. (Seitamaa-Hakkarainen. 1999.)

Opinnäytetyöni sisällön analyysi painottui erityisesti haastattelumateriaaliin. Haastattelu nauhoitettiin, joten materiaalin litterointi, eli sanelunpurku, vaati paljon aikaa ja huomiota. Haastattelun purku, analysointi sekä puhtaaksikirjoitus

oli melko haastavaa, sillä tarkoituksena oli saada haastateltavan oma näkemys ja kokemus esille opinnäytetyön tutkimustuloksissa.

Aloitin haastattelun litteroinnin helmikuussa 2016, pian itse haastattelun jälkeen. Haastattelumateriaalia oli syntynyt yhteensä yhden tunnin pituisen nauhoitteen verran, joten sanelupurkua muodostui monta sivua. Päätin tulostaa sanelupurun, sillä koin helpommaksi lukea tekstiä paperilla ja merkata korostuskynällä kohtia, jotka olivat tutkimuskysymysteni kannalta olennaisia. Kävin aineiston läpi sekä lukemalla, että kuuntelemalla useaan kertaan hyvän kokonaiskuvan saamiseksi.

Seuraavassa vaiheessa ryhmittelin korostetut kohdat sen mukaan, mihin haastattelun teemaan ne liittyivät. Ajatuksena oli puhtaaksi kirjoittaa haastattelun tulokset teemoittain, joten tuntui luontevalta alkaa luokittelemaan jo tässä vaiheessa vastauksia teemojen mukaan. Tämän jälkeen kävin tekstiä läpi teema kerrallaan ja välillä kuuntelin myös nauhoitteesta äänenpainoja ja -sävyjä, jotta tutkimukseen osallistujan näkemys välittyisi myös lopulliseen tutkimustulosten esittelyyn. Teemat, joita olivat perhe-elämä, työelämä, parisuhde ja seurustelu sekä seksuaalisuus olivat siis luokittelun yläkäsitteitä, joihin luokiteltu materiaali pelkistettiin vielä alakäsitteisiin. Alakäsitteitä olivat haasteet ja tuki, jotka jaottelin vielä positiivisiin ja negatiivisiin tekijöihin.

Sisällön analyysin aikana erottelin ja pelkistin haastattelumateriaalista olennaiset, tutkimuskysymyksiin vastaavat asiat niin, että haastateltavan oma ääni ei katoa matkan varrella. Tarkoituksena oli saada materiaali analysoitua niin, että haastateltavan omat tarkoitusmerkitykset eivät muuttuisi matkan varrella. Materiaalia haastattelusta syntyi runsaasti, joten koen saaneeni runsaasti vastauksia ja tietoa ADHD:n vaikutuksista aikuisen ihmisen arkielämään.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Haastateltavan lähtökohdat

Tutkimukseen osallistunut haastateltava kertoi käyneensä peruskoulun lisäksi vanhan kauppaoppilaitoksen. Tällä hetkellä hän kertoi olevansa työttömänä, mutta työkokemusta hänellä on useampi vuosi. Diagnooseikseen haastateltava nimesi ADHD:n ja pakko-oireisen häiriön. ADHD-diagnoosi hänelle on asetettu 2-3 vuotta sitten.

Lapsuudestaan tutkimukseen osallistuja kertoi muistavansa, kuinka vanhempien yksityisrittäjyyden vuoksi työt tuotiin usein kotiin, jolloin myös lapset tavallaan osallistuivat työhön. Hänen äitinsä oli kotona hoitamassa kodin, lapset ja isovanhemmat, kun isä kulki töissä maakunnissa. Haastateltava kuvasi lapsuuttaan: ”Minulle ei koskaan ollut niin sanotusti työtä ja yksityiselämää erikseen, sillä äiti teki oman osuutensa työstä kotona.”

Haastateltava kertoi olevansa kolmesta sisaruksesta vanhin, joten hän on osallistunut myös muiden sisarustensa hoitamiseen. Haastateltava kokee, että perhetaustansa vuoksi kukaan ei tullut ajatelleeksi, että hänellä voisi olla jonkinlainen aktiivisuus- tai tarkkaavaisuushäiriö. ”Tausta on ollut sellainen, että minun näkökulmasta meillä on tehty töitä kokoajan, eikä niinkään harrastettu. Lasten toimintakin on ollut sellaista, että kun ei leikitty, tehtiin töitä. Eihän siinä kukaan osannut ajatella mitään ADHD:ta, kun oli muutenkin kokoajan puuhaa.”

Lapsuudessaan haastateltava kertoi olleensa ”äärimmäisen ylitunnollinen”. Hän kertoi myös oppineensa jo varhain äidiltään periksi antamattomuuden, joka on säilynyt tähän päivään asti. Toisaalta hän muistaa, että jotkut äidin opetukset eivät millään ”menneet jakeluun”, minkä hän nyt diagnoosin asettamisen jälkeen on alkanut ymmärtää. Hän kokee, että hänen lapsuutensa on varmasti muiden silmissä ollut ”täysin kaaottinen”, mutta hänelle se oli täysin normaalia.

Koulusta haastateltava kertoi saaneensa suhteellisen hyvät paperit. Haastetta hänelle toivat laskennalliset aineet, kuten fysiikka, kemia ja matematiikka:

”Sanotaanko, että niin kauan kun puhuttiin plus-, miinus-, kerto- ja jakolaskuista, ne meni, mutta heti kun tuli x:t ja y:t, mie olin ihan pihalla.” Tämä aiheutti jonkin verran vaikeuksia kauppaoppilaitoksessa, mutta haastateltava kertoi päässeensä sen läpi arviointitavan ansiosta hyvin paperein. Haastateltava toisaalta ajattelee, että jos arviointitapa olisi ollut erilainen, hän olisi voinut päästä ADHD-tutkimuksiin aikaisemmin: ”Toisaalta se harmittaa, koska jos olisi arvosteltu eri tavalla, se olis saattanut kertoa aika paljon jo silloin.”

Kirjoja haastateltava muistelee lukeneensa paljon peruskouluaihana, vaikka äidinkielen ja vieraitten kielten kielioppiasiat hän kuvasi olevan ”täyttää tuskaa”. Peruskoulun päätyttyä romaanien lukeminen on jäänyt, sillä kauppaoppilaitoksessa keskittyminen riitti ainoastaan opiskeltavien asioiden pönttämiseen.

Hoitoon hakeutumisesta haastateltava ei muista tarkalleen kaikkea. Hän kertoi uskovansa, että aloite hoitoon hakeutumiselle lähti hänen nykyiseltä aviomieheltään, joka oli ollut huolissaan haastateltavan muistista. Tämän hän kertoo tapahtuneen jo yli 10 vuotta sitten, eikä se vielä johtanut jatkotutkimuksiin. Myöhemmin käännekohtaksi haastateltava mainitsee tilanteen, jossa sai potkut silloisesta työpaikastaan, jossa oli ollut töissä 12 vuotta. Hän sai pian uuden työpaikan, jonka hän kuvailee olleen ”kaikkea muuta, kuin mitä oli luvattu”. Näin ollen haastateltava päätti vaihtaa työpaikkaa ja sai uuden työn kirjanpitäjänä.

Uudet, haastavat tehtävät ajoivat haastateltavan ajattelemaan, että kaikki ei ollut hyvin: ”Siellä työnantaja oikeasti tiesi mitä teki ja antoi ohjausta, ja silti tuntui, että mun piti hakata päätäni seinään”. Hän kertoi alkaneensa ajattelemaan, että jos hän sai kritiikkiä edellisessä työssä, ja nyt taas, vaikka työyhteisö ja työnantaja antoivat hyviä neuvoja ja ohjausta, vika täytyi olla hänessä. ”Silloin kykeni ensimmäistä kertaa pysähtymään ja katsomaan peiliin”.

7.2 ADHD:n vaikutuksia parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen

Seurustelutaustastaan haastateltava kertoo, että ensimmäinen seurustelusuhde hänellä oli vasta 18-vuotiaana. Hän ei koe ADHD:n vaikuttaneen ensimmäisessä suhteessa juurikaan, sillä suhde päättyi melko pian. Seuraava seurustelusuhde alkoi haastateltavan ollessa noin 20-vuotias, ja tämä suhde on kestänyt nykypäivään asti. Alkuvaiheessa haastateltava kokee, ettei ADHD juurikaan ole vaikuttanut suhteeseen, sillä heidän elämänsä on tuolloin mennyt melko paljon ristiin työelämän vuoksi. ”Meidän oikea yhteinen aika oli helposti ehkä vuorokausi viikossa, niin ei se oo päässy vaikuttaan.”

Ainoa haaste, jonka haastateltava mainitsee aiheuttaneen ongelmia jo parisuhteen alussa, liittyi asunnon siisteyteen. Haastateltavalle oli hyvin tyypillistä jättää tavarat sikin sokin pitkin asuntoa, ja hän koki hyvin vaikeaksi pitää yllä jatkuvaa siisteyttä. Seurustelukumppani taas oli kotona oppinut pitämään asuntoa jatkuvasti siistinä niin, ettei tavaroita jätetty lojumaan vaan tietty järjestys piti aina olla.

Todelliset ongelmat haastateltava koki alkaneen, kun pari muutti yhteen ja perustivat perheen. Haastateltava koki vaikeaksi tilanteen, jossa seurustelukumppani vaati häntä huolehtimaan myös kodista työn lisäksi: ”Siihen asti olin hoitanut työni tosi hyvin, niin siinä vaiheessa kun piti kyetä hoitamaan sekä työ, että koti, niin alko pakka hajoamaan.” Kotiaskareita pari on jakanut haastateltavan mukaan niin, että hän hoitaa siivoamisen, ja kumppani ruuan laiton. Tähän jakoon hän mainitsee yhdeksi perusteluksi ADHD:n aiheuttaman vaikeuden pitää kiinni aikatauluista: ”Mie en muista pitää kiinni näistä aikatauluista ja lapsetkin rupeaa kiukkuamaan”.

Tämänhetkisestä tilanteesta kotona ja parisuhteessa haastateltava kertoo parin päivärytmin menevän edelleen pitkälti ristiin. Haastateltavan ollessa työtön ja kumppanin käydessä töissä elämäntilanteet ja arjen askareet ovat täysin erilaiset. Kumppaniaan haastateltava kuvaa aamuihmiseksi, kun hän itse on iltaihminen. Tähän haastateltava kertoo olleen paljon apua ADHD-lääkityksestä, sillä sen avulla haastateltava kokee pääsevänsä aamulla paremmin ylös

sängystä. Lääkityksestä huolimatta haastateltava kertoo, että edelleen alkuillasta hänellä tulee niin sanottu ”tiltti-olo”, jota hän kuvailee tarkemmin olotilaksi, jossa ajatukset jumiutuvat ja toimintakyky laskee. Tuolloin haastateltava kertoo yleensä vain makaavansa sängyssä ja tuijottelevansa kattoon ajattelematta oikein mitään.

Kaiken kaikkiaan haastateltava kokee ADHD:n aiheuttavan paljon monenlaisia haasteita parisuhteeseen: ”Ei se nyt hyvää tee parisuhteelle kun toinen on ADHD”. Haastateltava kokee, että ADHD:n ja sen aiheuttamien haasteiden ymmärtäminen ja hyväksyminen oli hänen kumppanilleen hyvin vaikeaa, ja vasta viimeisen vuoden aikana tilanne on lähtenyt parempaan suuntaan. Haastateltavan mukaan se, että toisella parisuhteessa on ADHD-diagnosi, vaatii toiselta osapuolelta todella paljon joustavuutta ja ymmärrystä.

Parisuhteessa ilmenneisiin haasteisiin haastateltava kokee olleen suuri apu ensisijaisesti ADHD-lääkityksestä, jonka avulla hän on kyennyt aktivoimaan itseään kotiaskareissa vähentäen merkittävästi näistä asioista syntyviä ristiriitatilanteita. Haastateltava kertoo, että lääke on mahdollistanut sen, että hän jaksaa keskittyä paremmin kuin ennen. Sen lisäksi hän kykenee paremmin aloittamaan kotiaskareet: ”Kun ennen tuli tuijotettua sitä tiskikonetta, että tyhjennäkö ton toisen puolen vai toisen, niin nyt se niinku tapahtuu”.

ADHD:n vaikutuksia haastateltavan seksuaalisuuteen on vaikea arvioida, sillä hän kertoo syövänsä ADHD-lääkkeen lisäksi masennuslääkettä, joka myös osaltaan voi vaikuttaa seksuaaliseen halukkuuteen. Keskustelussa tulee sellainen vaikutelma, että haastateltavan kohdalla ADHD ei suoranaisesti ole vaikuttanut hänen seksuaalisuuteensa.

Haastateltavan pohtiessa ADHD:n vaikutuksia seksuaaliseen aktiivisuuteen hän tulee siihen tulokseen, että halu kulkee pitkälti käsi kädessä oman vireystilan kanssa, johon ADHD vaikuttaa olennaisesti. Esimerkkinä hän kertoo, että vireystilan ollessa aktiivisimmillaan aamupäivästä hän joinakin päivinä ajattelee asiaa, mutta kumppanin tullessa töistä iltapäivällä se on jo mennyt ohi. Aihetta on haastateltavan mukaan sivuttu hoitajan kanssa vastaanotolla, kun on

keskusteltu parisuhteen huoltamisen tärkeydestä, mutta sen tarkemmin sitä ei ole vielä vastaanotolla käsitelty.

7.3 ADHD:n tuomia haasteita perhe-elämään

Haastateltava kertoi, että hänen perheeseensä kuuluu kumppani ja kaksi lasta: 11-vuotias tytär ja 13-vuotias poika, jolla on autismi. Hän kertoo myös perheen esikoisen kuolleen 15-vuotta sitten. Perheen dynamiikkaa haastateltava kuvaa seuraavasti: ”Jos hän saisi päättää niin hän sanois, että minä määrään kaapin paikan, mutta jos multa kysytään niin hän määrää.”

Perhe-elämään heijastuvia haasteita ADHD:n myötä ovat haastateltavan mukaan erityisesti hänen vaikeutensa muistaa asioita ja vaikeudet pitää asiat järjestyksessä. Pojan autismin vuoksi arjen jäsentely ja järjestelmällisyys olisivat erityisen tärkeitä, mutta haastateltava kertoo kokevansa sen melko vaikeaksi: ”Lapsi, jolla on tarve erityiseen struktuuriin ja äiti, jolla ei ole olemassa minkäänlaista struktuuria. Se on musta suoraan sanottuna todella syvältä”. Toisaalta hän myös kokee järjestelmällisyydestä ja aikataulutuksesta olevan hyötyä niin pojalle kuin myös hänelle itselleen.

Haastateltava myöntää koko perheen joustaneen todella paljon hänen sairautensa vuoksi, sillä hän ei aikaisemmin kyennyt juurikaan ottamaan asioista vastuuta. Nyt hän on alkanut opettelemaan vastuun kantamista ja ottanut myös näkyvämpää roolia perhe-elämässä.

Lasten ollessa kotona haastateltava kertoo, että leikkimistä on melko vähän. Sisarusten välille aiheuttaa hankausta lähinnä tytön yrittäessä järjestää toimintaa kiusoittelemalla poikaa. Tämä aiheuttaa haastateltavan mukaan jokapäiväistä kinastelua. Haastateltava ei ole kokenut pientä hälinää kotona häiritseväenä.

Pojan autismin haastateltava on kokenut melko raskaana, mutta on alkanut diagnoosin asettamisen myötä ymmärtää, miksi on kokenut asian erityisen raskaana. Pojan autismin myötä haastateltavan on täytynyt hoitaa normaalin

lapsenhoidon lisäksi viralliset asiat, kuten Kela-lomakkeiden täyttämiset ja hoitokokoukset. ”Joskus musta tuntuu, että miksi mun pitää hoitaa ne viralliset asiat ja lomakkeet, kun ne on mulle muutenkin niin vaikeita” Haastateltavan mukaan hänen on pitänyt yrittää sisäistää se, ettei hän itse voi itselleen mitään, mutta myöskään poika ei voi itselleen mitään ja tämän hän on myös kokenut hyvin vaikeaksi.

Haastateltava korostaa perhe-elämästä keskusteltaessa järjestelmällisyyden, rajojen ja aikataulujen tärkeyttä. Tässä kohtaa ADHD on hänen mukaansa suuri ongelma, sillä hänelle ei mikään näistä asioista tule luontevasti. Näiden asioiden opettelussa haastateltava kertoo pojan toimintaterapeutin olleen iso apu. Häneltä haastateltava on saanut keinoja, jotka helpottavat sekä pojan, että hänen arkeaan.

Haastateltava ei osaa sanoa, onko hänen ”suorittaja” luonteensa peräisin ADHD:sta, mutta hän kertoo myös sen joskus aiheuttaneen ongelmia: ”Joskus kun mie kävin töissä, kävi niin, että mulle koti oli toinen työpaikka, jossa piti kans suorittaa ja suoriutua”. Tällä toiminnalla haastateltava kertoi luoneensa myös perhe-elämää kaaosta. Tämän huomattuaan hän päätti, että saamalla itsensä taas kuriin, hän saa taas luotua lapsille heidän kaipaamansa järjestyksen ja rytmin. Tässä tilanteessa haastateltava koki saaneensa jälleen paljon apua hoitajalta, jonka luona hän kävi yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla. Tämän kaltaisissa tilanteissa myös kumppani on ollut tukena ja huomauttanut, kun asiat ovat alkaneet mennä kohti kaaosta.

Haastateltava kertoo saaneensa hoidosta erilaisia tukikeinoja ja ohjeita esimerkiksi aikataulujen luomiseen. Ongelmaksi on kuitenkin muodostunut se, että samaan aikaan hän saattaa etsiä muita tukikeinoja esimerkiksi netistä ja kun hän lähtee kokeilemaan kaikkia keinoja yhtä aikaa, tilanne menee kaaottiseksi ja keinot epäonnistuvat. Haastateltava kokee, että hoidon myötä hän on kuitenkin edistynyt tämän ongelman ratkaisemisessa ja kokee saavansa itseään ”pikkuisen paremmin kuriin”. Yksi toimiva tukikeino, joka hoidon myötä on alkanut toimimaan, on ollut kalenterin käyttö.

7.4 Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan hoidon merkitys

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan hoitajan luona käymisen haastateltava on kokenut todella tärkeäksi ja hyödylliseksi. Haastateltavan mukaan yksi hoitoa tukenut lähtökohta oli se, että hän oli jo valmiiksi hoitokontaktissa sinne esikoisen kuoleman vuoksi, joten hoitajat olivat tuttuja. Haastateltava kokee, ettei olisi hoidossaan näinkään pitkällä, jos ADHD-diagnoosin vuoksi olisi pitänyt aloittaa koko hoito alusta. Hänen mukaansa hoitaja on opettanut häntä katsomaan omaa elämäänsä eri näkökulmista ja etsimään erilaisia toimintatapoja: ”Ensimmäistä kertaa mie pystyin tuntemaan, että mie pystyin vihdoin rauhoittumaan”.

Haastateltava kertoo, että hän on luonteeltaan helposti eri asioista innostuva ja nopeasti hänellä voi olla liian monta rautaa tulessa yhdellä kertaa. Silloin hoitajan vastaanotolla käynti haastateltavan mukaan helpottaa, kun saa kertoa kaiken ylimääräisen ”sekamelskan” hoitajalle ja hoitaja puolestaan jaksaa uudestaan ja uudestaan realisoida ja tasoittaa tilannetta. ”Minusta tuntuu välillä, että mie tarvisin vanginvartijan”.

Yleissairaalapoliklinikkakäyntien tärkeyden omassa elämässään haastateltava kiteyttää yhteen lauseeseen: ”Sanotaanko näin, että mie en ees uskalla ajatella mitä minun elämä olis ilman tätä hoitoa ja tukea.”

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Tutkimusetiikka

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jossa tietoa kerätään haastattelemalla ihmisiä, nousee esiin tutkimusaineiston ja tutkittavien suojaan liittyviä seikkoja. Tutkimusaineiston osalta tulee varmistaa, ettei se joudu väärin käsiin ja tutkittavien nimettömyys säilyy koko tutkimuksen ajan aina tutkimustuloksiin saakka. (Vilkka 2005. 35.)

Haastateltaville tulee tarkkaan käydä läpi tavat, joilla heidän anonymiteettinsä suojataan tutkimusprosessissa. Haastateltavan tulee myös tietää, mitä asioita hänestä tullaan tutkimuksessa kertomaan, esimerkiksi sukupuoli tai ikä, sekä millä tavoin esimerkiksi haastattelu tullaan taltioimaan ja miten, tai kuinka kauan taltiointeja tullaan säilyttämään. Haastateltavan nimettömyys luo tutkijalle tiettyjä vapauksia, esimerkiksi käydä läpi arkaluonteisempiakin aiheita tiedostaen, ettei niiden paljastaminen aiheuta haastateltaville haittaa. (Mäkinen. 2006. 93, 114.)

Tutkittaville tulee tehdä heti selväksi se, että tutkimukseen osallistuminen on aina vapaaehtoista. On tärkeää, että tutkittava ymmärtää voivansa keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa tahansa, eikä tutkija saa painostaa tutkimuksen tai haastattelun jatkamiseen. (Mäkinen. 2006. 95.)

Opinnäytetyötä tehdessäni kiinnitin huomiota erityisesti tutkimusaineiston säilytykseen ja hävittämiseen liittyviin tekijöihin. Tutkimuseettisen ajatuksen mukaisesti tein haastateltavan kanssa kirjallisen sopimuksen (Liite 2.), jossa kävi ilmi muun muassa salassapitokäytännöt ja nimettömyys. Lisäksi sopimuksessa on selitetty haastattelumateriaalin säilyttämiseen, purkuun sekä hävittämiseen liittyvät asiat ja pyydetty lupaa haastattelun nauhoittamiseen. Sopimuksessa kävi ilmi myös se, että tutkimuksen voi keskeyttää milloin tahansa eikä haastatteluissa tarvitse kertoa mitään, mitä ei itse halua.

Haastattelu toteutettiin rauhallisessa paikassa, yleissairaalapsykiatrian poliklinikan tiloissa. Paikalla haastattelussa oli ainoastaan haastattelija ja

haastateltava, eikä haastattelusta saatu materiaali ole tullut sellaisenaan kenenkään muun, kuin haastattelijan käyttöön. Kaikki haastattelusta saatu materiaali, eli nauhoite ja sanelupurku on hävitetty tutkimustulosten esittely - kappaleen valmistuttua.

Haastattelu toteutettiin täysin nimettömänä niin, että opinnäytetyössä käy ilmi ainoastaan se, että tutkimukseen osallistunut henkilö oli aikuinen. Myös hänen siviilisäätynsä käy ilmi tutkimustuloksista, sillä tutkimuksessa käytiin läpi parisuhteeseen ja perhe-elämään heijastuvia haasteita. Eettisten periaatteiden mukaan tutkittavalla olisi ollut oikeus kieltää myös näiden tietojen paljastaminen opinnäytetyössä.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa. Luotettavuuden arvioinnissa tulee tarkastella muun muassa tutkimuskohdetta: Mitä ollaan tutkimassa ja miksi. Olennaista on myös se, mikä on tutkijan oma motivaatio ja kuinka sitoutunut tutkimukseen on; miksi tutkimus on tutkijalle tärkeä. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, millä keinoin aineistoa kerätään ja esimerkiksi mitä haastattelumuotoa haastatteluissa käytetään. Myös tutkittavien ihmisten lukumäärä on hyvä ilmoittaa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajarvi. 2002. 135-138.)

Opinnäytetyöni luotettavuutta tukee se, että haastattelun tarkoitus on kerätä kokemuksellista tietoa, joka ei itsessään perustu tutkimuksiin. Jokaisen ihmisen subjektiiviset kokemukset ovat heidän omiaan eikä niistä voi väitellä. Tarkoitus on tuoda haastateltavan kokemukset opinnäytetyössä esiin juuri niin, kuin hän ne kertoo, eikä niin, että ne peilautuvat tutkijan kokemuksiin aiheesta.

Teoriaosuuden luotettavuutta tukee luotettavat ja ajankohtaiset lähteet, joiden käyttö on perusteltua. Teoriaosuutta rakentaessani tarkistin monet tiedot myös toisesta lähteestä. Jos lähteiden tieto poikkesi radikaalisti toisistaan, tarkistin asian vielä useammasta lähteestä, kunnes sain varmistuksen siihen, mikä pitää

paikkansa. Paljon tällaisia ristiriitatilanteita ei syntynyt, mutta joissain lähteissä oli selkeästi vanhentunutta tietoa esimerkiksi ADHD:n lääkehoidosta.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoisuutta neuropsykiatrisista häiriöstä, erityisesti ADHD:sta ja sen vaikutuksesta aikuisen ihmisen arkielämään. Tavoitteena oli myös tuottaa häiriöistä sellaista tietoa, jota voitaisiin hyödyntää neuropsykiatristen häiriöiden hoidossa yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla. Osittain myös tämän vuoksi työn teoriaosuudessa käsiteltiin tarkemmin neuropsykiatrisista häiriöistä ADHD:n lisäksi myös autismin kirjojen häiriöitä.

Tarkoituksena oli kerätä tietoa aiheeseen liittyen kirjoista ja tutkimuksista ja rakentaa niiden pohjalta opinnäytetyön teoriaosuus. Kokemuksia hoidosta ja ADHD:n tuomista haasteista oli tarkoitus kerätä haastattelemalla aikuista ADHD-potilasta. Haastattelu toteutettiin yhteistyössä yleissairaalapsykiatrian poliklinikan kanssa ja haastattelusta saatu materiaali oli hyvin laadukasta. Haastattelusta sekä teoriaosuudesta sain vastaukset molempiin tutkimuskysymyksiin, jotka olivat: ”Mitä ovat neuropsykiatrisen häiriön tuomat haasteet?” ja ”Miten hoito tukee neuropsykiatrisen häiriön tuomien haasteiden kanssa elämistä?”.

Teoria ja haastattelun perusteella saadut tutkimustulokset kulkevat melko pitkälti käsi kädessä. ADHD:n vaikutukset näkyivät haastateltavan arjessa monella tapaa ja näkyvimmin ongelmat tulivat esiin normaalissa arjessa, kuten parisuhteessa, perhe- ja työelämässä. Haastateltavan esille tuomat haasteet vastasivat pitkälti teoriaosuudessa esille tulleita ADHD:lle tyypillisiä ongelmia,

joten se lisää sekä teoriaosuuden, että tutkimustulosten luotettavuutta. Huomasin myös käydessäni haastattelumateriaalia läpi, että kuten teoriaosuudessa oli todettu, yksi häiriön tuoma ongelma johti yleensä toiseen. Haastateltava osasi myös kattavasti kuvata minkälaista hoitoa hän on yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla saanut ja minkälaisena on hoidon kokenut. Koen siis valmiin opinnäytetyön vastaavan sille asettamiani tavoitteita.

Oppimiskokemuksena opinnäytetyön tekeminen oli niin sanotusti ”sen arvoista”. Koen, että syventyminen tällaiseen aiheeseen vahvistaa ammattitaitoani sairaanhoitajana. Olen myös tyytyväinen, että valitsin opinnäytetyölleni aiheen joka on jäänyt opintojen aikana taka-alalle. Sen kautta olen päässyt vahvistamaan tietämystäni aiheesta, jota ei muuten olisi tullut ainakaan näin laajasti käsiteltyä. Myös haastattelun tekeminen ADHD-potilaalle oli yksi tärkeä oppimiskokemus. Haastattelua varten piti miettiä erilaisia keinoja luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin luomiseksi ja haastattelun aikana pääsin hiomaan taitojani potilaan ja ihmisen kohtaamisessa.

Uskon, että opinnäytetyötäni pystytään ja tullaan hyödyntämään neuropsykiatristen häiriöiden hoidossa yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla. Lisäksi koen, että työtä voivat hyödyntää kaikki, jotka ovat kiinnostuneita neuropsykiatrisista häiriöistä. Pyrin tuottamaan tekstiä, joka on helppolukuista ja selkeää, jotta myös esimerkiksi ADHD:ta sairastavat ihmiset voisivat työtä lukea ja saada esimerkiksi haastattelutulosten kautta vertaistukea.

Opinnäytetyön tutkimusta voisi jatkaa esimerkiksi tekemällä ADHD-aikuisille suunnatun tuotteen, joka tukisi arkielämää kokonaisvaltaisesti. Tällainen tuote voisi olla esimerkiksi jonkinlainen kalenteri, jonka laadinnassa on otettu huomioon ADHD:n aiheuttamat muistiongelmien ja epäjärjestelmällisyys. Kalenteria voitaisiin täyttää esimerkiksi yhdessä hoitajan kanssa ja kalenteriin merkattuja asioita potilas sitten toteuttaisi itsenäisesti kotona.

LÄHTEET

Alaräisänen, A. 2015. Miten neuropsykiatriset häiriöt todetaan ja mikä on lääkärin osuus toimintakyvyn määrittämisessä? Rovaniemi: LSHP Yleissairaалapsykiatria. Luettavissa osoitteessa: <http://www.oorninki.fi/aineisto-pdf/alaraisanen-antti-miten-neuropsykiatriset.pdf> Viitattu: 25.1.2016

Dufva, V. & Koivunen, M 2012. ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M., Iivanainen, M., Partinen, M. & Taipale, I. 1993. Neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Häll, P. 2005. Kognitiivinen psykoterapia AD/HD-oireisten aikuisten kuntoutuksessa. Teoksessa AD/HD-aikuisen kuntoutusopas, toim. Saukkola, K. 28-39. ADHD-liitto ry: Helsinki.

Ikonen, O. (Toim.) 1998. Autismi – Teoriasta käytäntöön. Jyväskylä: Atena kustannus Oy

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. 2011. Kliininen neuropsykiatria. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Kerola, K., Kujanpää, S. & Timonen, T. 2009. Autismin kirjo ja kuntoutus. Juva: WS Bookwell Oy

Korkeila, J & Leppämäki, S. 2014. ADHD. Teoksessa Psykiatria, toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 111-121.

Koski, A & Leppämäki, S. Aikuisen ADHD-diagnoosista hoitoon. 2013. Suomen Lääkärilehti 48/2013, 3155-3161

Käypä hoito: ADHD (Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö, lapset ja nuoret)
 Julkaistu 8.10.2013. Viitattu 12.2.2016:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50061>

Lehtokoski, A. Aikuisen ADHD ja aivojen arvoitus. 2004. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy

Leskelä, M. 2005. AD/HD-aikuisen neuropsykologinen kuntoutus. Teoksessa AD/HD-aikuisen kuntoutusopas, toim. Saukkola, K. 22-26. ADHD-liitto ry: Helsinki.

Michelsson, K., Miettinen, K., Saresma, U. & Virtanen, P. 2003. AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Juva: WS Bookwell.

Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K. & Virtanen, P. 2000. MBD ja ADHD – Diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen. Juva: WS Bookwell Oy

Moilanen, I., Mattila, M-L., Loukusa, S. & Kielenen, M. Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 14/2012. Luettavissa osoitteessa:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10395 Viitattu: 20.10.2015

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi

NIH: Attention deficit hyperactivity disorder 2013 Viitattu 12.2.2016:
http://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml#part_145450

Pihlajamäki, M. 2014. Uutta lääkkeitä: Lisdeksamfetamiini. Sic! 1/2014. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Viitattu: 8.3.2016

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120652/1_14%2033-35%20Lisdeksamfetamiini.pdf?sequence=1

Rintahaka, P. 2007. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu: 11.2.2016

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=6F7E0C60C969088C798DE0A84D8C92C3?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo96234

Seitamaa-Hakkarainen, P. 1999. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Osoitteessa: http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/02_metodiartikkelit/seitamaa_kvalitatiivinen_sisallon_analyysi/kooste#6. Viitattu: 24.3.2016

Serenius-Sirve, S. & Kippola-Pääkkönen, A. 2012. Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M. 95-113.

Saukkola, K. AD/HD. Teoksessa AD/HD-aikuisen kuntoutusopas 2005, toim. Saukkola K. 10-12. ADHD-liitto ry: Helsinki

Saukkola, K. AD/HD-valmennus. Teoksessa AD/HD-aikuisen kuntoutusopas 2005, toim. Saukkola, K. 57-63. ADHD-liitto ry: Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Virta, M & Salakari, A. 2012 ADHD-aikuisen selviytymisopas. Tammi: Helsinki

Waris, P & Isomäki, H. 2014. Neuropsykiatria. Neuropsykologipalvelu LUDUS Oy. Luettavissa osoitteessa: http://otalammen-ops.purot.net/uploads/erityisopetus/neuropsykiatria_lopullinen_versio_1.pdf
Viitattu: 25.1.2016

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

Liite 2. Opinnäytetyön tutkimuslupa

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Liite 4. Opinnäytetyön tutkimussopimus

Liite 1.

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys)	
	Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti)	
	Työn aihe	
Tekijä	Nimi	Opiskelijanumero
	Outi Liikkanen	A1301063
	Katuosoite	Postinumero
		Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
Lapin AMK	Suorittava tutkinto	Ryhmätunnus
	Sairaanhoitaja AMK	R702HT13S
	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja)	Tehtävänimike
	Toimipaikka ja osoite	
	Puhelin	Sähköpostiosoite
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyyssmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä Rovaniemi 24.9.15	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Annika Työskä-Penttilä	Maunula
Tekijä	OUI LIKKANEN	Outi Liikkanen
Lapin AMK	Leena Välimäki	Välimäki

Liite 2.

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE

YSP/psykiatrian tulosyksikkö		3701	DIAARINRO:	
klinikka / tulosyksikkö		tulosyksikkönumero		
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Liikkanen Outi Kaisla Elina		Henkilötunnus [REDACTED]	
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Lapin Ammattikorkeakoulu		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Opiskelija	
	Kotiosoite [REDACTED]		Postinro ja -paikka [REDACTED]	
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin [REDACTED]	Sähköpostiosoite [REDACTED]	
	Suoritettu tutkinto		Suoritusvuosi	Suorituspaikka
2. Tutkimusprojektia tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Aikuisten autismikirjon häiriöt – Hoito arjen tukena			
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapidettäviä osioita		Tutkimusaika 1/2016-3/2016	
	Kaavanumerot		Alihakusana	
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> rekisteritutkimus			
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei	
	<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija			
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija Leena Valimaa			
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio			
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteestä)			
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite			
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaistista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja			
	Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain <input type="checkbox"/> rahoittaja: Omakustanteinen <input type="checkbox"/> Sopimuksen nro (kirjaamosta)			
	Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä Projektin numero: (EVO: JYL-päätös §)			
	Päivämäärä 8.12.2015 Anojen allekirjoitus ja nimen selvitys <i>Outi Liikkanen</i> OUTI LIKKANEN			
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat			
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta	<input checked="" type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta		
Luvat	<input checked="" type="checkbox"/> ETENE - ¹⁾ TUKIJA		lähetyspäivä	
	<input type="checkbox"/> Fimea ²⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayli-/laitoksen joht./ STM/THL ³⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁴⁾		vastaus saatu	
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää!	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta			
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavien muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi			
	Päätöksentekijä <input checked="" type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja <input type="checkbox"/> joht.yliääkäri / hall.ylihoitaja <input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus			
	Päivämäärä 8.12.2015 Allekirjoitus <i>[Signature]</i>			
	LÄÄKESÄÄNTÖ LÄÄKESÄÄNTÖ 337613			

¹⁾ ETENE = Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA = Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta³⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kpl

LSHP (päivitetty 29.10.2010)

Liite 3.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustat

- Ikä
- Koulutus
- Työssä/työtön
- Elämästä ennen diagnoosia, miksi / miten päätit hakeutua hoidon piiriin?

1 Teema: Parisuhde ja seurustelu

- Seurustelutaustaa
- Nykyinen parisuhde
- Millaisia haasteita neuropsykiatrinen häiriö on tuonut parisuhteeseen?
- Onko/Miten hoito on tukenut haasteista selviämisessä?

2 Teema: Seksuaalisuus

- Onko häiriö vaikuttanut jollakin tavalla seksuaalisuuteen / seksuaaliseen kanssakäymiseen?
- Onko/miten hoito on tukenut haasteista selviämisessä

3 Teema: Perhe-elämä

- Ketä perheeseen kuuluu?
- Perheen dynamiikka
- Häiriön tuomia haasteita lasten kasvatuksessa
- Muita häiriön tuomia haasteita perhe-elämässä
- Onko/miten hoito on tukenut haasteista selviämisessä?

4 Teema: Työelämä

- Koulutustaustaa
- Työhistoriaa
- Sytä työsuhteiden vaihtumiselle?
- Häiriön tuomia haasteita työelämässä
- Onko/Miten hoito on tukenut haasteissa selviämisessä?

Liite 4.

Opinnäytetyön tutkimussopimus

Olette osallistumassa opinnäytetyötä varten tehtävään haastattelututkimukseen.

Opinnäytetyön aiheena on Neuropsykiatriset häiriöt ja se tullaan esittämään keväällä 2016 Rovaniemellä, Lapin ammattikorkeakoululla järjestettävässä opinnäytetyöseminaarissa. Lisäksi opinnäytetyö tulee Lapin sairaanhoitopiirin käyttöön, ja sen toimeksiantajana toimii Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka Lapin keskussairaalassa. Mahdollisesti opinnäytetyö tulee nähtäville myös Theseus -internetsivustolle, jonne julkaistaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä.

Haastattelu(t) tullaan toteuttamaan Lapin keskussairaalassa Yleissairaalapsykiatrian tiloissa ja läsnä haastattelussa on opinnäytetyön tekijä, sekä haastateltava. Mikäli annatte luvan, haastattelu tullaan nauhoittamaan. Nauhoitteet tullaan säilyttämään opinnäytetyöprosessin ajan opinnäytetyön tekijän toimesta niin, että kukaan ulkopuolinen ei pääse niitä kuuntelemaan. Opinnäytetyön valmistuttua kevään 2016 aikana nauhoitteet tullaan hävittämään niin, ettei niitä pysty enää säilyttämään, tai kuuntelemaan.

Opinnäytetyössä ei käy ilmi haastateltavan henkilötiedot, sukupuoli, asuinpaikka, tai tarkka ikä. Opinnäytetyön tekijää sitoo sosiaali- ja terveysalan mukainen vaitiolovelvollisuus.

Haastattelut tullaan tekemään Teidän ehdoillanne, ja Teillä on oikeus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa sekä kieltää jo kerätyn materiaalin käyttö opinnäytetyössä. Näin halutessanne kaikki haastattelumateriaali tullaan hävittämään välittömästi.

Mikäli päätätte allekirjoittaa, tämä sopimus tullaan liittämään opinnäytetyöhön niin, että haastateltavan allekirjoitus on peitetty.

Allekirjoituksellanne hyväksytte, että yllämainitut asiat on läpikäyty ennen haastattelun aloittamista.

Rovaniemellä 28.1.2016

Annan luvan nauhoittaa haastattelun:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Järvelin'.